Informed Consent for in Person or Telehealth Treatment

Please read this document carefully and print all information in the spaces provided.

Name (Last, First): **MI** **Date of Birth** / /

Patient Location

TREATMENT

1. I am voluntarily seeking diagnostic services and treatment from CCI Health and Wellness Services. I understand that as part of my medical care, I may be tested for drug use and sexually transmitted diseases including, but not limited to, the human immunodeficiency virus (HIV).
2. I have received information and advice from my health care provider as to my condition and the diagnostic services, procedures, and/or treatment that are considered necessary and appropriate for me. My health care provider has explained to me the nature of the diagnostic services, procedures, and/or treatment that I am to receive and the reasonably foreseeable risks, benefits, and reasonable alternatives.
3. I have had the opportunity to ask my health care provider questions prior to the performance of the services, procedures, and/or treatment and am aware of my right to refuse the service, procedure, and/or treatment.
4. I understand that the explanation that was given to me by my health care provider as to the nature, intended purpose, and the reasonably foreseeable risks, consequences, complications, and benefits of the diagnostic services, procedures, and/or treatment(s) to be performed or used in the course of diagnosing and/or treating my condition and the alternatives, is not exhaustive and that other risks and complications may arise. I also understand that the practice of medicine is not an exact science that it is not reasonable to expect my health care provider to be able to anticipate or explain all of the potential risks and complications.
5. I have received no assurances with respect to any benefits hoped to be realized or outcomes or consequences that may results from any of the diagnostic services, procedures, and/or treatment(s) to be performed.
6. I understand that I can obtain a copy of this signed consent form, upon my request. I have been given the opportunity to request a sign language interpreter or foreign language interpreter in the event that I am hearing impaired or incapable of understanding what is being said in English.
7. I consent to CCI Health and Wellness Services' retention and disposal of any blood, urine, and other bodily fluids or specimens that it obtains in the course of my evaluation and treatment.
8. I understand that this Consent to Treatment means that I can voluntarily receive medical, dental, behavioral health and care management services from CCI Health and Wellness Services. I also understand that I can revoke my consent for any or all of these services at any time by informing CCI Health and Wellness Services in writing.

By signing below I acknowledge that I have read this document in its entirety and consent to have CCI Health and Wellness Services' health care provider's perform those diagnostic services, procedures, and/or treatments considered to be necessary and appropriate for my evaluation and treatment.

Patient or legally authorized individual's signature

X **Date** / /

Signed by (circle one): Patient Parent Legal Guardian Caregiver

TELEHEALTH

1. I agree to participate in a telehealth appointment. I understand that telehealth is the use of electronic information and communication technologies by a health care provider to deliver services to a patient when he/she is located at a different site than the provider and I hereby consent to: ( ) providing health care services to me via telehealth.
   Provider Name
2. I understand that the medical provider may determine that telehealth is not clinically appropriate and request that I come for an in person appointment.
3. I understand that the laws that protect privacy and confidentiality of medical information apply to telemedicine. There is a small risk that this technology could result in a breach of privacy. CCI has taken all required steps to protect confidentiality and to abide by all state and federal privacy laws. In the event that there would be any breach of confidentiality CCI has a data breach policy and will inform me in a timely manner of any breaches and all steps taken to remediate the problem.
4. I understand that CCI staff are bound by confidentiality and are here to assist me but that I have the right to exclude anyone during the telehealth session.
5. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to use telehealth in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment. I may revoke by consent orally or in writing by informing the practice manager. As long as this consent is in force or has not been revoked the provider may provide health care services to me via telehealth without the need to sign another consent form.

☐ **I elected to opt-out of treatment via telehealth.**

Patient or legally authorized individual's signature

X **Date** / /

Signed by (circle one): Patient Parent Legal Guardian Caregiver

Witness

X **Date** / /

Consentimiento informado para tratamiento en persona o telesalud
Lea este documento detenidamente e imprima toda la información en los espacios proporcionados.

Nombre (Apellido, Primer Nombre): **Inicial 2do Nombre** **Fecha de Nacimiento**
/ /

Ubicación del paciente

TRATAMIENTO

1. Solicito voluntariamente servicios de diagnóstico y tratamiento por parte de CCI Health & Wellness Services. Comprendo que como parte de mi tratamiento médico, se me realizarán exámenes de abuso de sustancias y enfermedades de transmisión sexual incluyendo, pero no limitadas a, el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
2. He recibido información y asesoramiento de mi proveedor médico en cuanto a mi condición y a los servicios, procedimientos y/o tratamientos de diagnóstico que se consideran necesarios y apropiados para mí. Mi proveedor de salud me ha explicado la naturaleza de los servicios, procedimientos y/o tratamientos de diagnóstico que recibiré y los riesgos y beneficios razonablemente predecibles, junto con las alternativas razonables.
3. He tenido oportunidad de consultar a mi proveedor de salud antes de la prestación de los servicios, los procedimientos, y/o el tratamiento y soy consciente de mi derecho a negarme al servicio, procedimiento, y/o tratamiento.
4. Comprendo que la explicación que me brindó mi proveedor de salud respecto a la naturaleza, el propósito, y los riesgos, consecuencias y complicaciones predecibles, y los beneficios de los servicios de diagnóstico, los procedimientos, y/o tratamiento(s) a realizarse o utilizarse durante el curso del diagnóstico y/o del tratamiento de mi condición y las alternativas, no es exhaustiva y que podrían surgir otros riesgos y complicaciones. También comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no es razonable esperar que mi proveedor de salud pueda anticipar o explicar todos los riesgos y complicaciones potenciales.
5. No he recibido garantías con respecto a ningún beneficio que se espere, o resultados o consecuencias que puedan resultar de cualquier servicio de diagnóstico, procedimiento, y/o tratamiento(s) a realizarse.
6. Comprendo que puedo obtener una copia de este formulario de consentimiento, si así lo solicito. Se me ha brindado la oportunidad de solicitar un intérprete de lengua de señas o un intérprete de lengua extranjera en caso de poseer imposibilidades auditivas o ser incapaz de comprender lo que se está explicando en inglés.
7. Doy mi consentimiento a CCI Health & Wellness Services para la retención y a la disposición de cualquier muestra de sangre, orina, u otros fluidos corporales o especímenes que obtenga durante el curso de mi evaluación y tratamiento.
8. Entiendo que este consentimiento a tratamiento significa que puedo voluntariamente recibir servicios que incluyen cuidado médico, salud dental, salud mental y servicios de cuidado generales de CCI Health and Wellness Services. Entiendo igualmente que en cualquier momento puedo revocar por escrito este consentimiento a cualquiera de los servicios ofrecidos por CCI Health and Wellness Services.

Al firmar debajo, reconozco que he leído este documento por completo y doy mi consentimiento para que el proveedor de salud CCI Health and Wellness Services brinde servicios de diagnóstico, realice procedimientos, y/o tratamientos considerados necesarios y apropiados para mi evaluación, tratamiento, y cuidado preventivo.

X **Fecha:** / /

Firmado por (Seleccione uno): Paciente Padre Guardáin Legal Cuidador/a

TELESALUD

Yo acepto participar en una consulta de telesalud. Comprendo que la telesalud se refiere al uso de tecnologías de información y comunicación electrónicas por parte de un proveedor de atención médica, con el fin de proporcionar servicios a un paciente cuando se encuentre en una ubicación diferente a la del proveedor, y por medio del presente doy mi consentimiento para que ( ) me proporcione servicios de atención médica a través de telesalud.

nombre del proveedor

Comprendo que el proveedor médico puede determinar que la telesalud no es clínicamente apropiada y solicitar mi asistencia a una consulta médica en persona.

Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica rigen también para la telemedicina. Existe un pequeño riesgo de que esta tecnología pueda resultar en una violación de la privacidad. CCI ha tomado todas las precauciones necesarias para proteger la confidencialidad y cumplir con todas las leyes estatales y federales de privacidad. En el caso de que se produzca una violación de la confidencialidad, CCI tiene una política de violación de datos y me informará oportunamente sobre el hecho y todas las medidas tomadas para solventar el problema.

Comprendo que el personal de CCI está obligado a firmar acuerdos de confidencialidad y está aquí para ayudarme, pero que tengo el derecho de excluir a cualquiera de ellos durante la sesión de telesalud.

Comprendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en cualquier momento en el transcurso de mi atención, sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Puedo revocar mi consentimiento de manera verbal o por escrito informando al gerente de práctica. Siempre que este consentimiento se encuentre vigente o no haya sido revocado, el proveedor puede proporcionarme servicios de atención médica a través de telesalud sin necesidad de firmar otro formulario de consentimiento.

☐ **Elegí no recibir tratamiento a través de telesalud.**

Paciente o persona legalmente autorizada a firmar

X **Fecha** / /

Firmado por (Seleccione uno): Paciente Padre Guardáin Legal Cuidador/a

Testigo

X **Fecha** / /