Consentimiento para transporte seguro

Última actualización: diciembre de 2024

Columbia Pacific CCO™
Parte de la familia CareOregon

Columbia Pacific CCO brinda transporte seguro para miembros que no están bajo una orden judicial o en custodia. Hay excepciones para adultos en crisis, menores y para viajes a ciertos lugares. Se deben seguir ciertas reglas.

Los miembros o un tutor deben dar permiso para el transporte seguro. Este permiso debe ser por escrito y entregado al proveedor de transporte antes del viaje.

Información del miembro

Nombre del miembro (paciente):
_____

N.º de identificación de miembro de Medicaid: _____

Nombre del tutor (si corresponde): _____

Número de teléfono del miembro (o tutor): _____

Detalles

Razones o circunstancias por las que se requiere el transporte seguro:
_____

Nombre y título de la persona que autoriza el transporte seguro: _____

Fecha(s) del transporte seguro: _____

Dirección de inicio:
_____

Dirección de destino:
_____

Nombre y número de teléfono del miembro que recibe el servicio: _____

Afección

Entiendo que se necesita transporte seguro. Mi médico, padre, madre, tutor u otra persona responsable de mí está de acuerdo. Me informaron sobre cómo funciona el transporte seguro. Entiendo los riesgos posibles.

Riesgos

Entiendo que hay riesgos con el transporte y el viaje. Estos riesgos pueden incluir situaciones como que el equipo médico no funcione o problemas con el vehículo. Otros posibles riesgos son accidentes, mal clima, errores del conductor o aspectos que el equipo de transporte no puede controlar. Es posible que mi afección empeore durante el viaje o podría tener interrupciones en mi atención médica. Entiendo que es posible que mi equipo no pueda arreglar los problemas inesperados.

Permiso

Entiendo mi afección y los riesgos. Estoy de acuerdo con mi médico y/o mi padre, madre o tutor en que necesito un transporte seguro. Doy permiso a que me transporten en un vehículo seguro únicamente en las fechas que se mencionaron con anterioridad. Entiendo que la compañía de transporte no es responsable de mí una vez que haya llegado a mi destino.

Firma

Leí este formulario con atención y entiendo lo siguiente:

- El médico y el centro de salud me informaron sobre el transporte. Esto incluye los riesgos, beneficios y otras opciones.
- Tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Entiendo las respuestas.
- Doy mi consentimiento para transporte libremente. No me están forzando.
- Puedo tomar decisiones y tengo el derecho de dar mi consentimiento para el transporte.
- Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Cambiar de opinión no evitará que haga viajes en el futuro.
- La compañía de transporte me dará información por escrito sobre sus reglas en caso de que las solicite.

Firma: _____

Relación con el miembro,
en caso de que el miembro no haya firmado: _____

Firma del proveedor de atención médica:
_____

Nombre del proveedor de atención médica:
_____

Fecha: _____

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 855-722-8206 • colpachealth.org