



Consentimiento para los servicios de Nourishing Newborns:

Consentimiento para los servicios de Nourishing Newborns:

Acuerdo de consentimiento para LEER, INICIAR Y FIRMAR antes de la visita para lactancia (Dra. Ali Hunt) o vínculo afectivo/educación para padres/masaje infantil/doula posparto (Jaye Bruce, CPD o firmado electrónicamente en la aplicación Patient Fusion (Portal seguro para pacientes):

Actualmente, lo que más me interesa (marque todas las opciones que correspondan):

- Comidas
- Lactancia materna
- Vínculo afectivo/apego

Consentimiento de Meal Train® (www.mealtrain.com):

Acepto que el destinatario de las comidas de Meal Train®, autorizo a Nourishing Newborns a crear un Meal Train® en línea a través del sitio web de Meal Train® en mi nombre.

_____[Iniciales] Reconozco que la información personal que proporciono con respecto a mi dirección física, preferencias de comidas, dirección de correo electrónico (SOLO para el destinatario y los miembros invitados), fechas preferidas, número de personas para las que se proporcionarán comidas, motivo del evento, comentarios personales y número de teléfono (si se proporciona) se estar disponible para aquellos que sean invitados a participar en el Meal Train específico.

_____[Iniciales] Quiero que Nourishing Newborns agregue su lista de voluntarios a mi Meal Train® (esto significa que la información personal que proporcione para el Meal Train será visible para ellos).

_____[Iniciales] Mantener mi Meal Train® privado; **agregaré mis propios voluntarios de comidas.**

Bajo ninguna circunstancia Nourishing Newborns, sus voluntarios, subsidiarias, afiliados, funcionarios, directores, empleados, consultores, agentes, sucesores y cesionarios o sus representantes serán responsables por cualquier pérdida o daño, enfermedad o causado por los servicios de Meal Train® (consulte el sitio web de Meal Train® para obtener más detalles).

Consentimiento de Doula de posparto, lactancia materna y medicina de lactancia:



Consentimiento para el tratamiento:

Entiendo que el consultor de lactancia es un médico y que la doula de posparto es un proveedor de atención médica aliado. Son responsables de evaluar y recomendar un plan de atención para resolver o mejorar la lactancia materna o los problemas de vínculo/apego. Una visita de lactancia incluye una historia detallada de la madre/bebé o del padre/cuidador/bebé, una evaluación de la anatomía de la madre/bebé, la observación de la alimentación para evaluar la técnica y la eficacia de la alimentación, y recomendaciones para el manejo para mejorar y/o resolver los problemas relacionados con la lactancia materna. Una visita de doula posparto o una visita de vínculo/apego/educación para padres/masaje infantil incluye una historia detallada como la anterior y cualquier recomendación relevante para apoyar el vínculo y el bienestar posparto de toda la familia. A todas las clientas se les proporciona un plan de atención escrito y/o verbal para mejorar las inquietudes sobre la lactancia materna. La clienta, la consultora de lactancia y la doula posparto tienen responsabilidades en este plan. La resolución de un problema de lactancia materna o de vínculo afectivo a menudo lleva varios días o semanas y puede requerir un cambio en el plan de atención recomendado originalmente en algún momento.

Responsabilidad del paciente:

Entiendo que soy responsable de informar a la consultora de lactancia y/o a la doula posparto sobre los cambios que considero necesarios en el plan de atención en el momento de la visita o durante el transcurso de la comunicación de seguimiento. El contacto telefónico después de la visita de lactancia y/o vinculación/doula posparto es importante y se considera una extensión de la visita. Entiendo que es mi responsabilidad llamar a la consultora de lactancia y/o a la doula posparto para informar sobre el progreso, hacer preguntas o plantear inquietudes.

Entiendo que cualquier instrucción o recomendación brindada puede ser discutida con uno o ambos de nuestros proveedores de atención médica a pedido mío (pediatra, obstetra, médico de familia o proveedor de atención médica habitual). Esto requerirá que firme un acuerdo de "Divulgación de información".

Entiendo que a veces es necesaria una visita parcial o de seguimiento. Entiendo que se pueden recomendar suministros para la lactancia o extractores de leche como un manejo eficaz de situaciones específicas. Solo se recomendarán equipos efectivos. No tenemos afiliaciones ni conflictos de interés con ninguna marca en particular.



Reconocimiento de recepción de la política de prácticas de privacidad:

Al firmar al pie de este formulario, reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de HIPAA de la consultora de lactancia y doula posparto.

Entiendo que esta práctica es gratuita. Esta práctica actualmente no factura reembolsos de seguros y no es un proveedor en ningún plan de seguros. El reembolso de análisis de laboratorio, suministros, extractores de leche o recetas no está garantizado, pero dependerá de su póliza de seguro. Se sugiere presentar un reclamo incluso si siente que no será un beneficio cubierto por su póliza.

Consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto de Nourishing Newborns:

Al proporcionar su dirección de correo electrónico y número de teléfono a Nourishing Newborns, usted acepta ser contactado por o en nombre de Nourishing Newborns a la dirección de correo electrónico y número de teléfono proporcionados, incluidos correos electrónicos a su dirección de correo electrónico y mensajes de texto (SMS) a su teléfono celular y otros dispositivos inalámbricos, y el uso de un sistema de marcación telefónica automática, voz artificial y mensajes pregrabados para proporcionarle materiales promocionales y de marketing relacionados con los servicios de Nourishing Newborns.

Puede optar por no recibir mensajes de texto (SMS) de Nourishing Newborns en cualquier momento respondiendo con la palabra STOP desde el dispositivo móvil que recibe los mensajes. No necesita proporcionar este consentimiento para recibir servicios de Nourishing Newborns. Sin embargo, usted reconoce que optar por no recibir mensajes de texto (SMS) puede afectar su experiencia con los servicios que dependen de las comunicaciones a través de mensajes de texto (SMS). Por la presente, doy mi consentimiento para ser contactado como se establece en este Consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto. Si firma este Consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto como padre, tutor u otro representante legal del paciente, indique su autoridad para actuar en nombre del paciente y firme a continuación.

Resumen:

Al firmar a continuación, reconozco haber recibido una copia de la política de privacidad de HIPAA de Nourishing Newborns, acepto todas las declaraciones anteriores y acepto informar a Nourishing Newborns sobre cualquier cambio en mi salud o en la salud de mi bebé o cambios en el plan de atención. Por la presente, doy mi consentimiento para que me contacten según lo establecido en este

Jaye Bruce & Dr. Ali Hunt @ 530-616-8448 nourishingnewborns@gmail.com



Consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto. Reconozco que si no me registro en el portal para pacientes y elijo comunicarme con Nourishing Newborns a través de su número de teléfono o correo electrónico, no se puede garantizar la seguridad de esta información. El portal para pacientes que me proporcionó Nourishing Newborns es la única forma segura de enviar mensajes a Nourishing Newborns.

Firma_____ Fecha_____

Nombre si firma en nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Acepto todo lo anterior EXCEPTO que NO deseo recibir comunicaciones por mensajes de texto (SMS) o correo electrónico de Nourishing Newborns.

Firma_____

Fecha_____

Nombre impreso: _____