

Date	
EMR#	
Location	

## Declaración de Ingresos y Consentimiento

Afirmo que toda la información sobre ingresos, seguros y pagadores proporcionada al Departamento de Salud del Distrito #10 es precisa y está actualizada. Además, declaro que he leído y entiendo todo el contenido relacionado con los consentimientos a continuación.

### **CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO**

Doy mi consentimiento para convertirme en cliente o para que mi hijo/a menor se convierta en cliente del Departamento de Salud del Distrito #10. (DHD #10) Entiendo que DHD #10 tiene una variedad de programas para los cuales puedo ser elegible, y que algunos de estos programas tienen sus propios formularios de consentimiento específicos. Reconozco que se me aconseja permanecer en el clínica durante quince minutos después del tratamiento para observar una posible reacción adversa a los medicamentos. Yo no responsabilice a esta agencia ni a sus agentes en caso de una reacción adversa a un medicamento.

Entiendo que los servicios ofrecidos por DHD #10 son confidenciales y que mi información no será divulgada sin mi consentimiento, excepto cuando lo requiera la ley. La información general se puede utilizar con fines estadísticos solamente. Entiendo que el DHD #10 mantiene un registro electrónico de la atención y los servicios que recibo en el DHD #10, así como en cualquiera de sus divisiones, departamentos o empresas colaboradoras. Mis registros de cada programa DHD # 10 pueden combinarse. DHD #10 necesita este registro para proporcionarme la mejor atención posible y cumplir con ciertos requisitos legales.

DHD #10 cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHD #10 no excluye a las personas ni las trata de manera diferente porque de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

DHD #10:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
- Intérpretes calificados de lenguaje de señas o ayudas visuales
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas quien su idioma principal no es el inglés, como
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

**Entiendo que todos los proveedores del DHD #10 pueden acceder a mis registros médicos electrónicos.**

Además, entiendo que el DHD #10, de vez en cuando, contrata a proveedores de atención médica externos para proporcionar los más completos servicios a sus clientes. Estos proveedores de atención médica pueden tener acceso a mi DHD #10 registros médicos, en la medida mínima necesaria para proporcionarme servicios en el DHD # 10.

### **CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN A PERSONAS PARTICIPADAS EN MI CUIDADO O PAGO POR MI CUIDADO**

Autorizo al DHD #10 y a sus empleados a divulgar información de mis registros médicos o financieros a cualquier persona, organización, empleador (si una lesión relacionada con el trabajo) o agencia de revisión que sea legal o contractualmente responsable o que el DHD #10 crea razonablemente que puede ser responsable del pago de mis facturas cuidado. Además, autorizo al DHD #10 a divulgar información de mis registros médicos a auditores y consultores. que están asesorando al DHD #10 sobre problemas de facturación de terceros pagadores y / o ayudando al DHD #10 en la preparación financiera datos y documentos relacionados. Entiendo que el DHD # 10 mantendrá la confidencialidad de mis registros médicos, pero también entiendo que el DHD #10 no es responsable por ninguna violación de la confidencialidad de mis registros medicos causado por otras partes. Este permiso incluye información que puede estar relacionada con el abuso

de drogas o alcohol, atención psiquiátrica, pruebas de VIH, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), infección por VIH o ARC (SIDA complejo relacionado) e incluye trabajo social / comunicación con el cliente y comunicación con el psicólogo / cliente.

### **ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Autorizo al DHD #10 a facturar a todos los pagadores de seguros y por la presente asigno al DHD #10 todo mi seguro y los beneficios de mi cuidado que se me deben por los servicios prestados por el DHD #10. Solicito que el pago de la autorización los beneficios de esas fuentes se hagan en mi nombre al DHD # 10 y autorice a mi compañía de seguros y / o mi compañía de cuidado administrada para realizar el pago directamente al DHD #10. Entiendo que el DHD #10 presenta reclamos a las compañías de seguros como cortesía a los pacientes y que soy responsable del saldo adeudado a menos que el DHD #10 ha acordado con el pagador no saldar la factura. Acepto pagar todos los servicios que se me presten sin tener en cuenta cualquier limitación de beneficios impuesta por cualquier tercero pagador, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado, para pagar mi cuenta en su totalidad al ser dado de alta del DHD #10; pagar los honorarios legales y los intereses a la tasa legal, que resultado debido a que no pagué mi saldo. Entiendo que el DHD #10 no acepta ninguna responsabilidad por no cumplir con certificación previa al costo requerida por mi compañía de seguros, y acepto que he ejecutado o ejecutaré adecuadamente certificación.

### **CONSENTIMIENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN / REGISTROS**

Autorizo al DHD #10 a obtener mi información o registros hacia o desde el hospital, proveedores de cuidado médica, empresas, agencias de servicios, auditores u otras personas involucradas en mi cuidado que puedan ser pertinentes para la entrega, coordinación y evaluación de mi cuidado. Esto incluye toda la información sobre mi estado relacionada con cualquier condición (es), incluida la infección por VIH. Entiendo que dichos registros e información incluyen aquellos que identifican mi nombre.

### **CONSENTIMIENTO RELACIONADO CON EL AVISO DE PRIVACIDAD (TAMBIÉN CONOCIDO COMO HIPAA)**

Este consentimiento es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 para informar usted de sus derechos a la privacidad con respecto a su información de atención médica. He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de privacidad de la práctica como parte de este proceso de registro. Entiendo que los términos del Aviso de privacidad pueden cambiar, y puedo obtener estos avisos revisados poniéndome en contacto con el practique por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo derecho a solicitar cómo mi información médica protegida (PHI) ha sido divulgada. También tengo el derecho de restringir cómo se divulga esta información, pero esta práctica es no es necesario que acepte mis restricciones. Si acepta mis restricciones sobre el uso de la PHI, está obligado por acuerdo.

### **AFIRMACIÓN Y FIRMA**

He leído este formulario de consentimiento o me lo han leído. He podido hacer preguntas y he sido dado respuestas a mis preguntas. También entiendo que se me puede entregar una copia de este formulario de consentimiento si solicite una copia.

Mi firma es señal de consentimiento.

<i>Firma del paciente /Guardián</i>
<i>Fecha</i>
<i>Nombre del paciente (en letra de imprenta)</i>

*Nombre del Guardián (en letra de imprenta)*

<i>Firma del entrevistador</i>
<i>Fecha</i>
<i>Nombre del entrevistador</i>

*Nombre del entrevistador*

<i>Firma del intérprete</i>
<i>Fecha</i>
<i>Nombre del intérprete</i>

*Nombre del intérprete*