



Consentimiento general para la atención y el tratamiento

Debe ser completado por el paciente si tiene 14 años de edad o más.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre(s) del padre/tutor legal: _____

Consentimiento para la administración y liberación de vacunas para ser incluidas en Imprint, el registro estatal.

Consentimiento para autorizar al médico y sus asociados a usar o divulgar información médica personal para proporcionar tratamiento médico o quirúrgico menor, incluidos, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiografías y medicamentos.

Autorizo a HEALS, Inc. a liberar a cualquier tercero pagador, o sus representantes, que puedan ser responsables del pago de mi tratamiento.

Por la presente asigno el pago directamente a HEALS, Inc. de los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían, pero que no excedieran el saldo adeudado a HEALS, Inc.

Si mi hijo no está cubierto por Medicaid o ALL-Kids, asumo la responsabilidad financiera total del pago de todos los servicios prestados a mi hijo, incluida cualquier parte de mi factura que no pague mi compañía de seguros. He leído y entiendo la política financiera.

Entiendo que cualquier documento relacionado con la salud que me entregue HEALS, Inc. es mi responsabilidad mantener la confidencialidad y mantener segura la información médica protegida.

El consentimiento para el tratamiento de mi hijo en mi ausencia estará archivado en la historia clínica de mi hijo y se actualizará cada 2 años. Puede actualizar esto en cualquier momento pidiéndole a la recepcionista que actualice el estado de inscripción de su hijo.

HEALS, Inc. tiene el derecho de usar y divulgar su PHI para todas las actividades que se incluyen dentro de las definiciones de "tratamiento", "pago" y "opciones de atención médica" según se define en la regla de privacidad de HIPPA.

HEALS, Inc. puede divulgar su PHI a cualquier médico u otro proveedor de atención médica involucrado en los servicios médicos que se le brindan. Esto incluye la divulgación de su PHI a otros proveedores de atención médica a través de intercambios electrónicos, como registros de pacientes e intercambios de información de salud.

Entiendo que este formulario de consentimiento cubre múltiples autorizaciones y, por lo tanto, este consentimiento entrará en vigencia desde la fecha de mi firma hasta que rescinda este acuerdo por escrito o cuando el personal lo actualice anualmente.

Cualquier médico, personal, empleado o representante de HEALS, Inc. tiene mi permiso para discutir y / o divulgar información sobre condiciones médicas que pueden incluir síntomas, tratamientos, diagnósticos, resultados de pruebas, medicamentos o cualquier otro tipo de información de salud protegida para facilitar y coordinar mi atención y tratamiento con las siguientes personas:

Nombre de contacto: _____ Parentesco con el paciente: _____ Teléfono: _____

Nombre de contacto: _____ Parentesco con el paciente: _____ Teléfono: _____

Consentimiento para llamar: ☐ SÍ ☐ NO

Consentimiento para enviar un mensaje de texto: ☐ SÍ ☐ NO

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____

Debe estar firmado por el paciente si tiene 14 años de edad o más