

DAPARTAMENTO DE SALUD DE EFFINGHAM, IL
CONSENTIMIENTO Y ACCEPTACION

Yo, _____ por medio del presente, autorizo al Departamento de Salud

Nombres

Apellidos

de Effingham, IL o a sus empleados (as) o a sus designados (as) para realizar evaluacion médica, proveer servicios y tratar las condiciones encontradas. Entiendo que la naturaleza y las consecuencias de los procedimientos me serán explicados.

→ Entiendo que el Departamento de Salud puede utilizar la información recolectada durante el tratamiento para enviar, bien sea a mi o a mi compañía de Seguro de Salud la factura de cobro, o a cualquier otro medio de reembolso, como programas gubernamentales de los cuales hago o podría ser parte.

→ Por medio del presente declaro que he recibido del Departamento de Salud, una copia de la “Notificación de Privacidad de Prácticas médicas”.

→ Autorizo la cesion de la información médica o de otro tipo, para llavar a cabo el servicio solicitado. (Al mismo tiempo acepto la solicitud de pago de beneficios del gobierno, bien sea para mi o para la parte/entidad que acepta dicha encargo, si es del caso).

→ Autorizo el pago de beneficios medicos a la entidad proveedora de servicios, descrita a continuacion, si es pertinente.

Signed

Dated

Por

medio del presente autorizo que mi historial medico sea compartido con:

Nombre

Parentezco

Nombre

Parentezco

FOR STAFF USE ONLY:

I attempted to obtain an acknowledgement of the receipt of the notice of privacy on behalf of the Effingham County Health Department. The Health Department was unable to obtain the acknowledgement because:

☐ Client refuses to sign

☐ Other specify _____

(Staff Initials)

Date

Staff: Please acknowledgment in patient's medical record or appropriate file.