

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Consentimiento: Para proporcionar tratamiento, cobrar a su seguro médico revelar información requerida por su compañía de seguros, debemos recibir su consentimiento. Al colocar sus iniciales o proporcionando su firma abajo, están dando consentimiento.

Información: Autorizo a los siguientes nombres a recibir información de HealthLinc relacionada con cualquier parte de mi cuidado (o la de mi dependiente), para programar / reprogramar / cancelar citas en mi nombre (o el de mi dependiente), y en mi ausencia, debajo de la (s) persona (s) puede consentir a la atención y el tratamiento de mi dependiente menor. Entiendo que esta información puede incluir resultados de drogas y alcohol, salud mental, VIH/SIDA prueba resultados o pruebas genéticas y esta autorización es válida a menos que yo cancele por mí escrito.

Yo, _____ (___ yo; ___ Pariente; ___ Guardián Legal), doy mi permiso para:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Permito que lo anterior tenga acceso a mi información de salud protegida a través del portal de pacientes de HealthLinc. _____ (iniciales) Me gustaría que HealthLinc deje un correo de voz con los resultados de las pruebas.

_____ (iniciales)

Consentimiento de tratamiento:

Me da su consentimiento para la atención necesaria por mi proveedor y se compromete a cumplir con el plan de tratamiento. Si no cumplen con el plan de tratamiento, HealthLinc optara por no brindar más atención.

_____ (iniciales)

Declaración de acuerdo:

He sido informado de mis derechos y obligaciones relacionadas con pólizas y procedimientos de HealthLinc.

_____ (iniciales)

Aviso de prácticas de privacidad

HealthLinc se compromete a proteger su información personal de salud en cumplimiento de la ley. Una copia de la notificación de prácticas de privacidad y cualquier adición están disponibles bajo petición.

Por lo presente reconozco que recibí/he sido ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y cualquier anexo.

Firmado: _____

Fecha: _____

Representante (si es un dependiente) del Padre/Paciente: _____

Parentesco: _____

Nosotros intentamos obtener la aceptación por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- Una emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento
- Otros (especificar) _____

Iniciales del personal: _____

Procedimientos por no acudir: No llamar para cancelar o reprogramar una cita 24 horas antes resultará en no acudir a su cita. Tres (3) veces o más que no se presente en un período de 6 seis meses dará lugar a lo siguiente. HealthLinc tiene el siguiente procedimiento:

Médico/óptica:

- 1º no acudir – llamada con respecto a nuestra póliza de no acudir
- 2º no acudir – carta de advertencia
- 3º no acudir – se colocará en estado de la cita en espera

Dental:

- 1º no acudir – llamada con respecto a nuestra póliza de no-acudir
- 2º no acudir – carta de advertencia
- 3º no acudir – no hay citas para 6 meses

Firma: _____

Fecha: _____