

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ADULTO

Yo, \_\_\_\_\_, permito que los proveedores y empleados de Community Health Care, Inc. (CHC) evalúen y traten mis necesidades de salud. Esto incluye cualquier cosa que se necesite para diagnosticarme; cualquier fotografía que se necesite para tratar mis necesidades médicas, cualquier inyección, o cualquier tratamiento ordenado por los proveedores de CHC

Yo doy mi permiso para divulgar mi información de salud/financiera que sea necesaria para conducir auditorías y/o procesar reclamos de seguros incluyendo: VIH, salud mental, ETS, pruebas genéticas y abuso de drogas. También doy mi permiso para que el pago del reclamo por servicios sea pagado a CHC en nombre del proveedor. También pido que los beneficios del gobierno sean pagados a CHC en nombre del proveedor que los acepte.

### COMUNICACION CON LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS IMPLICADAS EN SU ATENCION.

Por favor nombre los familiares u otras personas que puedan participar en la coordinación de sus cuidados o en el pago de los mismos. Indique también que tipo de información puede compartirse con cada persona.  
**(Elija a continuación)**

**Permitir que los siguientes nombres enumerados a continuación den su consentimiento únicamente para determinados asuntos.**

**No permite la divulgación de registro, que requiera una divulgación de información firmada por separado.**

| NOMBRE | Relación | TODO                     | Programación/<br>Cita previa | Visitas al<br>Consultorio | Facturación              | Recetas                  | VIH                      |
|--------|----------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|        |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Instrucciones específicas o limitaciones: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para dejar información detallada en mensajes de voz y/o enviar mensajes de texto detallados. Esto puede incluir resultados de laboratorio, resultados de pruebas, información sobre formularios/registros e información sobre medicamentos. Esto **NO INCLUIRÁ** información sobre salud mental, uso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas y VIH. Tendremos que hablar con usted directamente sobre este tipo de información.

**Es su responsabilidad asegurarse de que tenemos registrado su número de teléfono más reciente.**

|                                                                                          |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Marque su opción para participar en la recepción de mensajes de voz y texto detallados.. |                                           |
| <input type="checkbox"/> Sí, acepto                                                      | <input type="checkbox"/> No, no consiento |

Seguiremos basándonos en la información de este formulario cuando nos comuniquemos con familiares u otras personas involucradas en su atención, a menos que usted solicite cambios. Se que necesito actualizar el formulario de consentimiento y notificar a CHC inmediatamente si es necesario hacer cambios demográficos, de cobertura de seguro, etc. Este consentimiento es válido hasta que yo le diga a CHC que lo cancele.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



MRN: \_\_\_\_\_

**Firma**

**Fecha:**

---