



## **El Consentimiento para el Tratamiento y Permitir la Divulgación de Información sobre Salud para el Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica**

### **I. Consentimiento para el Tratamiento**

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento por mí mismo, o el paciente en cuestión (de los cuales yo soy el padre o tutor legal que tiene el derecho a dar su consentimiento para el tratamiento para el paciente en cuestión) a ROADS Community Care Clinic. El tratamiento puede incluir exámenes de salud, el diagnóstico, el tratamiento médico, cuidado dental: los servicios sociales; y / o la salud mental y de drogas y alcohol de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

### **II. Permitir la divulgación de información sobre salud, incluida la salud / registros de tratamiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Doy mi consentimiento para el uso en ROADS Community Care Clinic y la divulgación a personas u organizaciones fuera de las ROADS Community Care Clinic de mi (o de la paciente en cuestión por lo que soy el padre o tutor legal) médicos, dentales, de drogas y alcohol, mental salud y otros tratamientos de salud y los registros e información (registros relativos a la salud y la información se hace referencia en este Consentimiento como mi "información de salud") por ROADS Community Care Clinic para los siguientes propósitos;

#### **a. El uso de la información sobre salud ni para ROADS Community Care Clinic para el tratamiento y durante operaciones de atención médica:**

- Proporcionar tratamiento por el personal de ROADS Community Care Clinic:
- La realización de operaciones de cuidado de la salud de ROADS Community Care Clinic, incluyendo, por ejemplo, auditorías de garantía financiera o de la calidad y la formación

#### **b. La divulgación de la información sobre salud a personas ajenas ROADS Community Care Clinic en el campo de tratamiento y para el pago**

- Proporcionar toda la información médica necesaria según lo determinado por ROADS Community Care Clinic, incluyendo información sobre el tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, para cualquier proveedor de salud si me recomiendan para el tratamiento allí
- Proporcionar información de salud a otros proveedores de salud u organismos que puedan estar involucrados en mi cuidado
- Obtener el pago de facturas de atención médica, incluyendo el envío de dicha información médica como sea necesario para garantizar el pago de servicios de ROADS Community Care Clinic a la compañía de seguros o agencia que paga los servicios de salud, como se identifica en mi formulario de registro u otra información de seguro actualizado el archivo con ROADS Community Care Clinic.

### **III. Otros asuntos**

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, pero la revocación de este consentimiento no afectará a ninguna de las acciones que fueron tomadas por ROADS Community Care Clinic en dependencia de este consentimiento antes de que la revocó. Si no se revoca previamente, este consentimiento terminará en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no se indica ninguna, este consentimiento terminará tres años después de la última fecha de servicios a mí.

Entiendo que puedo solicitar restricciones en el uso o divulgación de mi información médica para los fines descritos en este Consentimiento y ROADS Community Care Clinic puede o no estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. También entiendo que con excepción de las restricciones en el uso o divulgación de la información sobre salud a la que está de acuerdo R.O.A.D.S. Foundation no será capaz de proporcionar servicios a mí (o al paciente en cuestión) sin este consentimiento firmado. Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable de todos los saldos pendientes de pago que incurra como resultado de mi cuidado en ROADS Community Care Clinic.



## Consentimiento a Divulgar Información Médica

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Nombre del paciente cuya información se solicita)

Autorizar \_\_\_\_\_

(Nombre y dirección del envío de la persona / agencia de información)

Para revelar a: \_\_\_\_\_

(Nombre y dirección de la persona / agencia que recibe la revelación)

El propósito de esta descripción es \_\_\_\_\_

### Información a Revelar

Todo el Registro	Recomendaciones de tratamiento / plan
Atendencia	Informe de situación de tratamiento
La medicación prescrita	VIH / SIDA Diagnóstico / Tratamiento de la Información
Resultados de la prueba	Resumen de alta
Diagnóstico / Presentando, Información problema	Información de mi carta de Terapia
Resumen de la evaluación / evaluación	Otros (especifique a continuación):
Citas, prescripciones, resultados de las pruebas	Datos de facturación

Periodo de tiempo u otros detalles relacionados con la información a revelar (si no se especifica ninguno, se compartirán todos los registros del tipo (s) seleccionado anteriormente):

---



---

Usted está autorizando ROADS Community Care Clinic a revelar sus registros en los siguientes formatos: verbal, escrito, electrónico, a menos que se especifique lo contrario aquí: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en dependencia de ella antes de que la revocó. Una fotocopia de facsímil de esta autorización es tan válida como el original. Yo entiendo que yo podría ser negado servicios si se niegan a dar su consentimiento para la divulgación con fines de tratamiento, pago o atención médica. No voy a negar servicios si se niegan a dar su consentimiento para la divulgación para otros fines. A petición mía, se le proporcionará una copia de esta forma para mí.

Fecha o evento sobre el que este consentimiento vencerán: \_\_\_\_\_. Entiendo que si no observa una fecha o evento, a continuación, este consentimiento expirará un año a partir de la última fecha de servicio a mí en ROADS Community Care Clinic.

Firma del paciente	Fecha
Padre, tutor, representante legal	Fecha