



**LINCOLN COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.  
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º de exp. médico: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

La siguiente información la debe completar el paciente o el padre/madre/representante legalmente autorizado del paciente.

Otorgo mi consentimiento al tratamiento médico que pueda incluir rayos X, vacunas y pruebas de laboratorio adecuados, incluyendo pruebas de VIH, para mí o para el paciente de quien soy padre/madre o el representante legalmente autorizado.

Entiendo que soy responsable de **TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS**, sin importar el estado de mi seguro. Autorizo a mi proveedor de seguro a que pague a Lincoln Community Health Center por los servicios proporcionados. Acepto pagar todos los copagos y cargos que mi aseguradora no cubra. Entiendo que Lincoln Community Health Center puede compartir la información médica del paciente con Recovery Innovations International, Servicios Humanos del Condado de Durham, Local Access to Coordinated Healthcare (LATCH), Project Access of Durham County (PADC), Durham Homeless Care Transition (DHCT) y con otros proveedores de servicios en el sistema N.C. Ryan White CAREWare; si corresponde, de acuerdo con la ley federal y estatal para tratamiento, pago y operaciones.

Certifico que la información sobre los ingresos y otra información de registro que proporcioné al personal de Lincoln Community Health Center con el propósito de recibir los servicios es exacta. Además, comprendo que mis registros del centro de salud están sujetos a auditoría federal y que si Lincoln Community Health Center determina que he falsificado esta información, se me notificará y luego se me eliminará como solicitante de registro y ya no podré recibir servicios en el Centro, excepto en caso de una emergencia que ponga en riesgo mi vida.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como recordatorios de mis citas. Usted podrá optar por salir en cualquier momento.

Al firmar esta declaración, yo (nombre escrito en letra de molde) \_\_\_\_\_ certifico  
(nombre legal)  
que he leído y que entiendo completamente el contenido de esta declaración.

**Además, por el presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de privacidad y Derechos y responsabilidades del paciente.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(si es menor de edad, firma del tutor legal)

Relación del Representante legalmente autorizado con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_