



LINCOLN COMMUNITY HEALTH CENTER INC
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de expediente médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico que puede incluir las radiografías, las vacunas y los análisis de laboratorio apropiados, incluyendo la prueba del VIH, para mí o para el paciente de quien soy el padre/madre o el representante legalmente autorizado.

Entiendo que soy responsable de **TODOS LOS CARGOS EN QUE SE INCURRA**, independientemente del estado de mi seguro. Autorizo a mi proveedor de seguros a que pague a Lincoln Community Health Center por los servicios prestados. Acepto pagar todos los copagos y cargos que no cubra mi aseguradora. Al firmar este formulario, entiendo y acepto que LCHC puede utilizar y divulgar mi información protegida de salud Tratamiento, Pago, operaciones de atención Médica y Trastornos por Uso de Sustancias (SUD). para llevar a cabo Entiendo que Lincoln Community Health Center puede compartir información médica del paciente con compañías de seguro médico, Durham County Human Services, Local Access to Coordinated Healthcare (LATCH), Project Access of Durham County (PADC) y con otros proveedores de servicios en el sistema N.C. Ryan White CAREWare; Trastornos por Uso de Sustancias si corresponde, de acuerdo con la ley federal y estatal para el tratamiento, el pago y las operaciones.

Certifico que la información de registro y sobre los ingresos que di al personal de Lincoln Community Health Center con el fin de recibir los servicios es precisa. Además, entiendo que mis expedientes médicos están sujetos a una auditoría federal y que, si Lincoln Community Health Center determina que falsifiqué esta información, me lo informarán y, luego, me darán de baja como inscrito, y es posible que ya no reciba servicios en Lincoln Community Health Center, excepto en una emergencia potencialmente mortal.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto para actualizaciones de cuentas e información de pacientes y visitas. Podrá optar por no recibirlos en cualquier momento.

Con mi firma en esta declaración, yo (nombre en letra de molde) _____ (Nombre legal) certifico que leí y que comprendo completamente el contenido de esta declaración.

Además, reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de privacidad y Los derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente _____ Fecha: _____
(Si es menor, firma del tutor)

Relación del representante legalmente autorizado con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____