

Nombre del Paciente: XXXXXX
HAR: XXXXXX **Edad:** XXXXXX **Sexo:** XXXXX
MRN: XXXX **Fecha de Nacimiento:** XXXX

Condiciones para Tratamiento

1. Consentimiento Médico: Atraves de la presente otorgo mi consentimiento para recibir servicios de salud, incluyendo pruebas y tratamientos, como rayos-X, exámenes, vacunas, administración de medicamentos, consultas de salud mental, pruebas de laboratorio (incluyendo VIH) y otros servicios de *Community Health Partners, Inc. (CHP)* como sea indicado por mi proveedor de salud. Tengo derecho a negociar cualquier tratamiento con mi proveedor y a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
2. Información de Privacidad: Reconozco haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad del *CHP*. Verificaré dicha notificación en referencia a la divulgación de la información sobre mi salud.
3. Autorizo que mi proveedor de salud y la agencia de salud pública obtengan y registren los archivos de vacunas de mi hijo/a en el Sistema de Información del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (*DPHHS Immunization Information System (IIS)*). El *IIS* es un sistema de informática electrónico confidencial, que contiene los archivos de vacunación. Entiendo que la información existente en el registro puede ser otorgada a la agencia de salud pública al igual que mi proveedor de salud para asistir con los cuidados médicos y tratamientos de mi hijo(a). Además la información podrá ser otorgada a instalaciones dedicadas al cuidado infantil y las escuelas en las que mi hijo/a haya sido matriculado para así cumplir con los requisitos de vacunación del estado. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización y hacer que mi archivo sea retirado contactando al departamento de salud de mi localidad.
4. Este documento no expirará a no ser que sea revocado por el/la paciente. Pacientes tienen el derecho de revocar su consentimiento para recibir tratamiento o a que su información sea liberada al especificar este deseo por escrito al personal de la agencia de salud.
5. Revelación del Seguro Médico: Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar directamente a mi compañía de seguro médico, dentro del plazo establecido en mi póliza, si soy tratado en *CHP* y de obtener pre-autorización para procedimientos especializados y/o pruebas. *CHP* podría enviar un cobro aparte para los servicios de consulta de salud mental brindados como parte de su consulta médica.
6. Acuerdo Financiero: Atraves de la presente asumo total responsabilidad por el costo de los servicios recibidos de *CHP* y estoy de acuerdo en pagar mi cuenta en su totalidad. He proporcionado la información sobre mi seguro a *CHP* si lo tengo. Por medio de la presente autorizo a *CHP* cobrar a mi portador de seguro en mi nombre. Igualmente autorizo que mi portador de seguro pague directamente a *CHP* por servicios recibidos. Entiendo que seré responsable por cualquier saldo que no cubra mi seguro. Si yo, o mi fiador optamos por no cobrarle a mi seguro, Yo notificare a *CHP* en el momento de mi visita y por lo tanto seré responsable de pagar el costo de dicha visita. Bajo estas circunstancias, no se me aplicará la tarifa de descuento que tiene *CHP*. Si no puedo saldar la cuenta, me pondré en contacto con el Departamento de Cobros (*Billing Department*) del *CHP* llamando al número (406) 823-6304 para establecer un plan de pago de cuotas mensuales para saldar mi cuenta. Entiendo además que si no pago la cuenta total o hago pagos mensuales, mi cuenta podría ser enviada a la agencia de cobranzas (*collection agency*).
_____(Iniciales del Fiador)
7. Posesiones valiosas: Entiendo que *CHP* no se hará responsable por artículos personales que yo pueda dejar en sus instalaciones.
8. Centro de Práctica Profesional: *CHP* es un establecimiento clínico de entrenamiento. Entiendo que mi cuidado puede ser proporcionado por estudiantes practicando bajo la supervisión del personal médico.
9. Está prohibido fumar en todos las instalaciones de *CHP*. Gracias por no fumar.

Certifico que he leído la información proporcionada como paciente o como representante debidamente autorizado para el paciente, que la información me ha sido explicada en su totalidad, que entiendo su contenido, que esta información no puede ser modificada, y que yo puedo retractarme en cualquier momento del consentimiento otorgado para recibir los servicios mencionados.

Firma del Paciente (Fiador): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Razón por la cual el paciente no puede firmar: _____

Testigo: _____ Hora: _____ Fecha: _____