

### 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, 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.
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. 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.

Nombre complete del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Razón por la cual el paciente no puede firmar: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY:

Witness: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

SCAN:

Registration/Documents Table  
CHP Consent to Treatment

**Esta página se deja vacía intencionadamente**

**Continúe a la página siguiente**

