

Consentimiento:

Para proporcionar tratamiento, cobrar a su seguro medico revelar información requerida por su compañía de seguros, debemos recibir su consentimiento al colocar mis iniciales las esferas indicadas o proporcionando su firma abajo.

Información: entiendo que esta información puede incluir resultados de drogas y alcohol, salud mental, VHI/SIDA prueba resultados o pruebas genéticas y esta autorización es válida a menos que cancele por mí escrito.

Yo, _____ (__ yo; __ Pariente; __ Guardián Legal), doy mi permiso para:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

___ Para recibir información de HealthLinc relativas a cualquier parte de mi cuidio médico/dental (o de mis dependientes mencionadas anteriormente).

___ Para reprogramar citas en mi nombre (o mi dependiente mencionados).

___ Permiten acceder a mi información de salud protegida portal paciente HealthLinc.

___ HealthLinc dejara un mensaje de voz con resultados de la prueba.

Consentimiento de tratamiento:

Me da su consentimiento para la atención necesaria por mi proveedor y se compromete a cumplir con el plan de tratamiento. Si no cumplen con el plan de tratamiento, HealthLinc optara por no brindar más atención.

_____ (iniciales)

Declaración de acuerdo:

He sido informado de mis derechos y obligaciones relacionadas con pólizas y procedimientos de HealthLinc.

_____ (iniciales)

Aviso de prácticas de privacidad

HealthLinc se compromete a proteger su información personal de salud en cumplimiento de la ley. Una copia de la notificación de prácticas de privacidad y cualquier adición están disponibles bajo petición.

Por la presente reconozco que recibí/he ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y cualquier anexo.

Firmado: _____ **Fecha:** _____

Representante (si es un dependiente) del padre/paciente: Parentesco: _____

Nosotros intentamos obtener la aceptación por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener reconocimiento porque:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- Una emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento
- Otros (especificar) _____ Iniciales del personal: _____

Ningún procedimiento de demostración: No llamar para cancelar o reprogramar una cita 24 horas antes resultará en no acudir a su cita. Tres (3) veces o más que no se presente en un período de 6 seis meses dará lugar a lo siguiente. HealthLinc tiene el siguiente procedimiento:

Médico/óptica:

- 1st no acudir – llamada con respecto a nuestra póliza de no acudir
- 2nd no acudir – carta de advertencia
- 3rd no acudir - se colocará en estado de la cita en espera

Dental:

- 1st no acudir – llamada con respecto a nuestra póliza de no-acudir
- 2nd no acudir – carta de advertencia
- 3rd no acudir – no hay citas para 6 meses

Nota: Si llega 10 minutos después de la hora de su cita, se verá a discreción dental. En situaciones de emergencia, será atendido en forma de "cuando se pueda ", y usted tendrá que esperar hasta que el horario permita. Si le dan una cita de emergencia y no acudes a la cita, no se dará otra cita de emergencia y tendrá que esperar hasta el que el horario regular lo permita.

Firma: _____ Fecha _____