

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y PAGO

Yo, _____, doy mi consentimiento para tratamiento del Departamento de Salud y Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake. Acuerdo seguir todas las normas de los centros citados para las cuales soy responsable. Me han explicado o me explicarán la naturaleza, el objetivo, los riesgos y los beneficios del tratamiento y las posibles alternativas.

Todos los individuos menores de 18 años pueden recibir servicios si han obtenido el consentimiento por escrito de sus padres o si, bajo la ley estatal de Illinois, pueden consentir o autorizar el tratamiento por sí mismos. Además, un padre/una madre, un tutor legal o un menor que bajo la ley estatal de Illinois puede consentir su propio tratamiento, tiene derecho de rechazar cualquier servicio sanitario. La ley estatal de Illinois requiere el consentimiento del padre/de la madre o del tutor legal para poder proveer tratamiento a un menor excepto en casos de planificación de familia, servicios que tienen que ver con infecciones transmitidas sexualmente y ciertos servicios de salud mental cuando el menor tenga más de 12 años de edad. (325 ILCS 10/0.01 et seq.; 410 ILCS 210/0.01, 4, 5 et seq.; 740 ILCS 110/1, et seq.).

La participación de la familia podría beneficiar en su tratamiento. Marque uno de los siguientes:

- Yo estoy de acuerdo a involucrar a mi familia o mi pareja en mi tratamiento. (Autorización para divulgar información es requerida)
- Yo no quiero que mi familia o pareja estén involucrados en mi tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA CONSEGUIR PAGO

Se mandará factura por los servicios a Medicaid, Medicare u otra entidad pagadora. Cobramos una tarifa habitual para los servicios prestados. Usted es responsable de pagar no obstante la decisión de una compañía de seguros sobre lo que se suele pagar. Sea consciente de que es posible que parte de los servicios prestados o todos ellos no tengan cobertura y no se considerarán razonables y necesarios bajo el programa de Medicare y/u otro seguro médico. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No se le negaremos servicios a nadie si no puede pagar.

Autorizo al Departamento de Salud y al Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake a que divulguen y/o envíen cualquier información médica necesaria para procesar y pagar mis facturas médicas a cualquier compañía de seguros o entidad pagadora quien será responsable de pagar cualquier porción de mi tratamiento médico. Esto incluye darle a conocer a mi empleador sobre heridas relacionadas con el trabajo y detalladas en una reclamación de indemnización por accidentes laborales. Haremos cada esfuerzo para asegurar la confidencialidad en todas las transacciones.

Yo, el abajo firmante, también doy mi consentimiento al Departamento de Salud y al Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake a que divulguen toda la información necesaria, incluyendo mi nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social (SSN, por las siglas en inglés), los ingresos de la familia y el número de dependientes al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) y el Departamento de Cuidado Sanitario y Servicios de Familia de Illinois con el fin de establecer si cumplo con los requisitos necesarios para financiar mi tratamiento. Comprendo que divulgar el número de mi Seguro Social es voluntario. El hecho de no proveer mi número de Seguro Social puede poner en peligro la financiación de mi tratamiento por agencias estatales, y puede que sea yo responsable de pagar el tratamiento. Si, como parte del tratamiento, me tienen que hacer análisis de toxicología, comprendo que se puede usar mi SSN para informar al IDHS de los resultados.

ACUSO RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Como paciente del Departamento de Salud y el Centro Comunitario de Salud del Condado de Lake, me han entregado su Notificación sobre las Prácticas de Privacidad que explica cómo la información médica sobre mi persona puede utilizarse o divulgarse y me informa de mis derechos individuales de privacidad. Acuso recibo de la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad y comprendo cómo se puede utilizar información médica sobre mí, las responsabilidades del Departamento de Salud del Condado de Lake y mis derechos con respecto a la protección de privacidad y acceso a mi información médica. El Departamento de Salud y el Centro Comunitario de Salud utilizarán y divulgarán mi información médica personal para tratarme, recibir pago por los servicios que proveen y para otras funciones sanitarias. Las funciones sanitarias generalmente incluyen aquellas actividades que realizan para mejorar la calidad del cuidado, que incluye compartir información con otros proveedores de información sanitaria. Comprendo que el Oficial de Privacidad está disponible para contestar cualquier pregunta que yo tenga con respecto al asunto de privacidad. También reconozco que esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad no es un contrato entre el Departamento de Salud o el Centro Comunitario de Salud y el abajo firmante, sino simplemente una notificación de mis derechos sobre la privacidad bajo la ley estatal y federal. Los términos de la notificación pueden cambiarse con el tiempo pero siempre se anunciará la notificación actual en cada uno de los centros y, si se las solicitan, habrá copias disponibles para distribuirse.

INICIALES: _____

Consiento en participar y trabajar con el personal para establecer objetivos y necesidades. Me han informado de mis derechos y responsabilidades. Donde corresponda, he recibido una copia del Manual del cliente y Los derechos del cliente. Es posible que las condiciones del Manual del cliente y de Los derechos del cliente cambien con el tiempo. El Departamento de Salud y el Centro Comunitario de Salud tendrá copias del Manual del cliente y Los derechos del cliente disponibles para distribuirse si se los solicitan. Comprendo que se puede dirigir preguntas con respecto a derechos, responsabilidades, el Manual del cliente y Los derechos del cliente al Oficial de Privacidad. Una copia de este formulario está disponible si se la solicita.

Patient Label

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y PAGO

AVISO PARA TESTIGOS: Como testigo, verifico que le he explicado los derechos al paciente y doy fe a que el paciente comprenda dichos derechos.

He leído las condiciones indicadas aquí por encima de mi firma, estoy de acuerdo con ellas y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre dichas condiciones.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Firma del padre/de la madre/del tutor

Fecha

Rev. 1/17

Patient Label