

Formulario de Consentimiento

Por favor lea e ponga sus iniciales en cada artículo a continuación:

 Consentimiento para Servicios

He recibido una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de Vacuna(s) que he pedido o han sido recomendadas a mí, los riesgos, y acerca de la(s) enfermedad(es) que la(s) vacuna(s) protegé contra. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicadas en la Declaración de Información de Vacuna(s) indicado arriba sea dada a mí o a la persona para quien yo estoy autorizado para realizar esta solicitud. Certifico que estas declaraciones son ciertas y correctas.

 Cobertura de Seguro Medico

Se aplica solo si se factura un plan de seguro contratado, incluidos Medicare o Medicaid.

Entiendo que mi cobertura de seguro de salud puede tener ciertas restricciones y limitaciones. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad completa de cualquier y todos los cargos relacionados, si no están cubiertos por mi seguro medico. Si fallo en pagar por estos servicios y cargos dentro de sesenta (60) días de recibir el aviso que los cargos no están cubiertos por alguna razón, mi cuenta será entregada a colecciones. En caso de que mi cuenta sea entregada a colecciones, estoy de acuerdo en pagar honorarios y gastos de colección que se apliquen. Solicito por este medio y autorizo al Departamento de Salud del Condado de Salt Lake presentar un reclamo a mi Medicaid, Medicare o otros seguros medicos contratados con el Departmaneto de Salud.

 Derechos de Privacidad

He recibido y he tenido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Salt Lake. Además, cualquier duda que haya tenido con respecto a la póliza me ha sido explicada por el personal del Departamento de Salud. Asimismo, entiendo que puedo solicitar una copia de estas prácticas en un formato alternativo razonable.

Acepto que esta información pueda ser compartida con proveedores de atención médica, personal de atención médica, personal de salud pública y otros profesionales de la salud que tengan una necesidad legítima de acceder a la información de vacunación para: verificar el estado de vacunación; realizar auditorías; llevar a cabo estudios de salud pública; y ayudar a un paciente o proteger la salud de personas estrechamente relacionadas con el paciente.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, notificando por escrito al Departamento de Salud del Condado de Salt Lake. Esta divulgación de información será efectiva hasta que sea cancelada por escrito. Entiendo que, una vez que mis datos sean compartidos con otra persona o agencia, pueden perder las protecciones previstas por la Regla de Privacidad de HIPAA y pueden ser divulgados nuevamente por el receptor.

Formulario de Consentimiento

Aprobación de publicación de información

Autorizo a las siguientes personas tener acceso a mi información médica y financiera, a menos que especifique lo contrario. Esto significa que los proveedores y el personal del Departmaneto de Salud del Condado de Salt Lake pueden hablar de condiciones médicas, servicios, cobertura de seguro, y honorarios/pagos con las siguientes personas por **dos años** a partir de la fecha de abajo o hasta revocar esta autorización por escrito..

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

☐ Declinar; no hable sobre mi información con nadie.

Iniciales aquí: _____

Indique relación con la persona recibiendo el servicios:

☐ El(la) Mismo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a)

☐ Guardián ☐ Otro: _____

Si menor de 18 años de edad:

Soy un:

☐ Menor embarazada ☐ Menor Casado(a) ☐ Adolescente sin hogar

Al firmar, usted indica que ha leído, entiende y está de acuerdo con estos términos; que ha recibido una copia de este documento; y que usted es el paciente, garante del paciente, el representante legal del paciente, o legalmente autorizado para firmar este acuerdo y aceptar estos términos.

Nombre del Paciente (por favor imprima): _____

Su Nombre (por favor imprima): _____

Firma: _____ Fecha: _____