



## GENERAL CONSENT OF SERVICES

### Patient Information

First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Chart No: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Gender/sex: \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento de Recibo de Notificación de Normas de Privacidad**

La Notificación de Normas de Privacidad es una descripción completa de mis derechos como paciente del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Guilford – División de Salud Pública (GCDHHS – PHD por sus siglas en inglés). Al firmar a continuación, declaro que he recibido la Notificación de Normas del GCDHHS – PHD.

### **Consentimiento para tratamiento/atención**

Doy mi consentimiento para el tratamiento y atención por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Guilford – División de Salud Pública (GCDHHS – PHD) y por parte de sus médicos y proveedores de atención médica. También doy mi consentimiento para el tratamiento y atención por parte de los médicos y proveedores de atención médica que no son empleados o agentes del GCDHHS – PHD pero que están autorizado por el GCDHHS – PHD para brindarme tratamiento y atención como paciente del GCDHHS – PHD. Entiendo que mi tratamiento y atención puede incluir atención rutinaria, como inmunizaciones, una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi condición, pruebas de laboratorio y el juicio clínico del médico o un proveedor de atención médica, y referidos a especialidades médicas como profesionales de salud mental y abuso de sustancias. Entiendo que mi equipo de atención en el GCDHHS – PHD puede incluir médicos residentes o proveedores de práctica avanzada, estudiantes y otros aprendices. Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y nadie me ha garantizado los resultados de mis tratamientos, exámenes o procedimientos.

### **Consentimiento a los Servicios de Telesalud**

Doy mi consentimiento para los servicios de Telesalud proporcionados por GCDHHS. Entiendo que los servicios podrían proporcionarse utilizando aplicaciones como Skype for Business, FaceTime, Zoom, Facebook Messenger o cualquier otra aplicación disponible, incluidos los servicios de Telesalud ofrecidos a través de los sistemas EMR. Entiendo que GCDHHS tomará todas las medidas apropiadas para mantener mi información protegida y confidencial.



## **GENERAL CONSENT OF SERVICES**

### **Consentimiento para el uso y divulgación de información**

Doy permiso al GCDHHS – PHD, incluyendo a los proveedores tratantes y de derivación y otros miembros del personal, para divulgar cualquier información sobre mí, mi salud, los servicios de salud que se me proporcionaron, o el pago por mis servicios de salud que sean necesarios: (1) para mi tratamiento (a los proveedores de atención médica o las instalaciones que necesitan mi información para mi atención continua); (2) para cualquier propósito relacionado con un pago hecho por mí o por un tercero por servicios (para determinar elegibilidad, para procesar un reclamo de seguro, para el uso y revisión de calidad, o para propósitos de facturación o cobranzas, según sea necesario para obtener el pago; (3) para las funciones de atención médica del GCDHHS – PHD u otro proveedor con el que tengo una relación, incluyendo, pero sin limitarse a, la evaluación de calidad, manejo del caso y los determinantes sociales de los indicadores de salud; o (4) como se describe en la Notificación de Normas de Privacidad y tal como lo permite la ley.

### **Consentimiento para el uso dentro del GCDHHS - PHD**

Doy además permiso al GCDHHS – PHD, sus afiliados, sus proveedores tratantes y otros empleados para que divulguen entre sí cualquier información confidencial necesaria para mi tratamiento, incluyendo información necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud del comportamiento y/o salud mental (incluidos los expedientes de mi tratamiento en un centro cuyo propósito principal es el de proveer servicios para la atención, tratamiento, habilitación y rehabilitación de los enfermos mentales, de pacientes con discapacidad de desarrollo, o drogadictos, tal como lo define el Capítulo 122C del NCGS, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluidos los expedientes de un proveedor que proporciona diagnósticos, tratamientos, o referidos de abuso de alcohol o drogas, según se define en la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.

### **Responsabilidad financiera**

Entiendo y acepto que los cargos médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico serán facturados a mis pólizas de seguro. Entiendo que mis cargos reales pueden ser diferentes a los cargos estimados que me han dado. Entiendo que se espera que hoy yo pague cualquier copago, deducible, o servicio no facturable. También entiendo que una compañía de seguros puede que no pague el monto total de mis cargos, y yo podría ser responsable (como paciente, cónyuge, o padre de un menor) por la cantidad no pagada. Si se factura al seguro, entiendo que la Explicación de Beneficios, que enumera los servicios prestados, puede ser enviada por correo a la dirección de la persona asegurada. Si no tengo seguro de salud, o si no he proporcionado información actual o exacta, o si me niego a proporcionar información de



## GENERAL CONSENT OF SERVICES

ingresos, podría ser responsable por el pago de todos los cargos. Si dentro de 30 días le entrego al secretario de elegibilidad una verificación de elegibilidad, se me enviara por correo el reembolso correspondiente. Si he sobrepagado cualquiera de mis cuentas con el GCDHHS – PHD, acepto que el sobrepago sirva para pagar cualquier cargo pendiente en cualquiera de mis cuentas anteriores. Si no hay ningún saldo pendiente, se me enviará un reembolso por correo. Entiendo que cualquier cargo cobrado como resultado de un referido a cualquier proveedor/agencia es mi responsabilidad. Reconozco que si he recibido hoy servicios de ITS (STI por sus siglas en ingles), mi póliza de seguro puede ser facturada por todos los reclamos facturables.

### **Certificación, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid/Seguro**

Se me ha informado que Medicare solo pagará por los servicios que considere razonables y necesarios de la sección 1862(a)(1) de la Ley de Medicare. Certifico que la información proporcionada por mí o por mi representante autorizado para solicitar el pago de mi atención médica bajo los programas de Medicare o Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al GCDHHS – PHD en mi nombre. Autorizo al GCDHHS – PHD a facturar directamente y asigno el derecho a todos los beneficios de seguro de salud y responsabilidad que de otra manera me serían pagaderos, y autorizo el pago directo al GCDHHS – PHD.

### **Número de Seguro Social**

He dado mi número de seguro social voluntariamente, el GCDHHS – PHD puede usarlo para identificación precisa, presentar reclamos al seguro, facturación y cobros, y para cumplir con las leyes federales y estatales.



## **GENERAL CONSENT OF SERVICES**

### **Consentimiento para el uso y divulgación de información a familiares y amigos**

Como cortesía, información médica limitada puede ser compartida con familiares, amigos y representantes autorizados bajo las siguientes condiciones: (1) la información está relacionada a la participación de la persona en el cuidado del paciente o el pago de la atención, o (2) la información es necesaria para notificar a las personas responsables del cuidado del paciente sobre el paradero del paciente, su condición general y salud. A menos que haya firmado a continuación, doy permiso para que la información médica limitada sea compartida con mis familiares, amigos y representantes autorizados bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

### **Número de teléfono**

El GCDHHS – PHD o sus agentes o representantes, pueden contactarme por teléfono a cualquier número que aparece en mi Registro Electrónico de Salud, incluyendo números de teléfono inalámbricos, para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento y cuidado o para el mantenimiento de mi cuenta o para cobrar montos adeudados. El GCDHHS – PHD puede dejar información básica en mi contestador automático y/o con mis familiares.

### **Recordatorio de citas**

Al firmar este documento a continuación, autorizo al GCDHHS – PHD a contactarme por medio de mensajes de texto automatizados por vía SMS para recordarme las citas. Entiendo que estos mensajes son gratuitos, sin embargo, podrían aplicarse tarifas por los mensajes/datos enviados por el GCDHHS – PHD de acuerdo con mi plan de teléfono inalámbrico. Entiendo que no tengo ninguna obligación de autorizar al GCDHHS – PHD a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por no participar de este servicio llamando al número principal y debo esperar de 2 a 3 días hábiles para que se procese.

**ENTIENDO QUE PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI RETIRO NO SERÁ EFECTIVO PARA ACCIONES YA TOMADAS POR GCDHHS-PHD, O LAS QUE SE ENCUENTREN EN PROCESO.**



## GENERAL CONSENT OF SERVICES

Página de firmas del formulario de consentimiento general de GCHD

He leído y entendido este formulario, se me ha ofrecido una copia y soy el paciente, o soy el representante autorizado para actuar en nombre del paciente para firmar este formulario.

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_

Relación, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

**Rechazar la facturación del seguro:**

Como cliente del Departamento de Salud Pública del Condado de Guilford, me niego a facturar a mi seguro por la visita de hoy.

Reconozco que, al no autorizar al Departamento de Salud Pública del Condado de Guilford a facturar reclamos en mi nombre a mi compañía de seguros, seré financieramente responsable por los servicios prestados hoy en la clínica de inmunizaciones.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Rechazo mensajes telefónicos:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Rechazo la divulgación de información a familia y amigos:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Appointment Date:** \_\_\_\_\_ **Appointment Time:** \_\_\_\_\_