

Public Health – Seattle & King County

Aviso de Prácticas de Privacidad

Acuse de Recibo – Sírvase Firmar Abajo

HIPAA exige que pongamos a su disposición este Aviso de Prácticas de Privacidad. Le solicitamos firmar y fechar este formulario. **Al hacerlo, usted reconoce que ha recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Ello no implica que usted está de acuerdo con su contenido.**

Por lo general, los padres firman por sus hijos cuando son menores de edad (menores de 18 años). Se hace excepción cuando el/la menor busca los siguientes servicios: planificación familiar, pruebas y tratamientos para enfermedades transmitidas sexualmente, tratamiento ambulatorio de salud mental o tratamiento ambulatorio de abuso de alcohol y drogas. Bajo ley estatal, los menores pueden consentir a su propio tratamiento para estos servicios. En estos casos, se les pedirá a ellos que firmen este formulario por sí mismos.

Para más información, sírvase leer el documento anexo, Aviso de Prácticas de Privacidad.

El que suscribe ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Seattle – King County Department of Public Health).

Firma:

Firme

Fecha: (mm/dd/aaaa)

Parentesco con
el/la Paciente:

Public Health – Seattle & King County

Consentimiento para Facturación y Tratamiento

Acuse de Recibo – Sírvase Firmar Abajo

Divulgación de Prestaciones e Información: Autorizo que las prestaciones de mi seguro se paguen directamente al proveedor médico. Me hago financieramente responsable de cualquier saldo adeudado. Autorizo al proveedor médico o a la Compañía de Seguro divulgar toda información requerida para esta solicitud de pago. Certifico que la información anterior es exacta, a mi leal saber.

Consentimiento para Tratamiento: Por la presente autorizo al Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Seattle – King County Department of Public Health) para desempeñar tal procedimiento médico/dental como se considere profesionalmente necesario o recomendable para mi diagnóstico y tratamiento. En el caso de que el/la paciente sea un/a adolescente (de 13 a 17 años de edad) que solicita servicios generales médicos o dentales, el consentimiento se da específicamente para su cuidado cuando dicho/a adolescente se presenta él mismo/ella misma para tratamiento en mi ausencia.

Firma:

Firme

Fecha: (mm/dd/aaaa)

Parentesco con el/la Paciente: