**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 mísmos. Para más información, sirvase leer el documento anexo, Aviso de Practicas 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:** |   |