



For internal use only: Insert Patient info. or attach label Patient Name: _____ DOB: _____ MRN#: _____

**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO
para los servicios de Salud Pública**

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud Pública del Condado de Durham (DCoDPH, por sus siglas en inglés) utilice o divulgue mi información médica protegida con el fin de proporcionarme tratamiento, de obtener pago por mis facturas médicas o para realizar las gestiones de atención médica del DCoDPH. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el DCoDPH ya haya tomado acciones basándose en mi consentimiento anterior.

Mi "información de salud protegida" se refiere a toda mi información de salud ya sea escrita y oral, incluidos mis datos demográficos que puedan ser utilizados para identificarme, que haya sido creada o recibida por el DCoDPH, y que esté relacionada con mi salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro.

- I. _____ **RECONOCIMIENTO POR HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Al poner mis iniciales en esta sección**, reconozco que me han mostrado el "Aviso de prácticas de privacidad" del DCoDPH para que lo lea y lo revise. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso en cualquier momento durante o después de mi visita al DCoDPH. Entiendo que puedo ponerme en contacto con la persona nombrada en el Aviso si tengo preguntas sobre su contenido. Además, entiendo que también puedo acceder a una copia del Aviso en la página web del DCoDPH en: <https://www.dcopublichealth.org/home/showdocument?id=32618>. DCoDPH se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad sin previo aviso. Entiendo que puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado al llamar a la oficina y solicitar que me envíen una copia actualizada por correo, pedir una copia en mi próxima cita, o a través de la página web del DCoDPH.

- II. _____ **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO. Al poner mis iniciales en esta sección**, certifico que, en caso de que sea necesario un tratamiento médico, dicho tratamiento me será explicado en su totalidad, de forma satisfactoria, por el personal médico del DCoDPH y/o por otro/s proveedor/es de atención médica que esté/n presente/s y que preste/n tratamiento/s durante mi visita. Por la presente doy mi consentimiento a dicho tratamiento tal y como me lo ha explicado el personal médico y de atención de salud del DCoDPH y a cualquier otro personal médico que preste servicios en el momento de mi visita.

- III. _____ **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD. Al poner mis iniciales en esta sección**, entiendo que se empleará la tecnología de telesalud para conectar a la persona con el proveedor y que dicha consulta puede realizarse por videoconferencia, imágenes de vídeo y/o por conferencia telefónica. Por la presente doy mi consentimiento para que el DCoDPH me preste servicios de atención médica a través de los servicios de telesalud. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también son aplicables a los servicios de telesalud. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro correspondiente a mi visita de telesalud. Entiendo que tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento al comunicarme con el Departamento de Salud del Condado de Durham.

_____ **INFORMACIÓN SOBRE LOS PAGOS Y EL SEGURO MÉDICO. Al poner mis iniciales en esta sección**, autorizo y solicito que el pago del tratamiento, efectuado a través de Medicaid, Medicare y cualquier otro

beneficio de terceros al que tenga derecho, se pague directamente al DCoDPH por todos los servicios que me brinden cualquiera de los proveedores empleados o contratados por esa institución. Por la presente doy mi consentimiento para que el DCoDPH divulgue la información sobre mis ingresos a cualquiera de los proveedores y laboratorios, empleados o contratados por el DCoDPH y dicha información puede ser utilizada para determinar mi elegibilidad para recibir servicios gratuitos o a un costo reducido, así como para otros fines de facturación. Certifico que la información proporcionada sobre mis ingresos es verdadera y completa y que no tengo más ingresos que los que he declarado. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por esta adjudicación o de los cargos que estén específicamente excluidos de la cobertura de Medicaid, Medicare o de los programas de seguros privados participantes. Bajo las sanciones establecidas por la ley, afirmo por la presente que, a mi leal saber y entender, esta declaración de ingresos es verdadera y correcta. Entiendo que la información puede ser comprobada por un revisor estatal y acepto proporcionar los documentos financieros necesarios para llevar a cabo esta revisión. **Entiendo que le pueden pedir a mi empleador que verifique la información sobre mis ingresos. También entiendo que, si no proporciono un comprobante de ingresos en la fecha de servicio, se me facturará el 100% del costo de la visita. Entiendo que tendré 7 días para presentar esta documentación con el fin de ajustar el cargo anterior del 100% a una tarifa escalonada de acuerdo con mis ingresos. También entiendo que, si la factura no se paga dentro de 60 días, DCoDPH puede enviar mi cuenta a NC Debt Set-off. Cedo los beneficios del seguro médico al DCoDPH. Estoy de acuerdo en pagar a DCoDPH cualquier dinero que reciba del seguro médico por los servicios que DCoDPH me proporcionó. Entiendo que, como parte de mi visita, pueden ser necesarios algunos servicios de laboratorio que el DCoDPH no puede completar en la clínica. También entiendo que recibiré una factura por parte de la agencia que realiza los análisis, y que seré responsable del costo de estos.**

Entiendo que este consentimiento y reconocimiento se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico y que estos servicios son voluntarios y que tengo el derecho de rechazarlos. Es mi intención que este consentimiento sea de carácter continuo incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor a menos que se revoque por escrito y no afectará ninguna gestión realizada antes de recibir mi revocación.

Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo con todos los puntos anteriores que aparecen con mis iniciales.

Firma del paciente/padre o tutor legal

Fecha