



Nombre de Paciente	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento:
--------------------	----------	----------------	----------------------

Mi firma a continuación confirma que soy el  **Paciente** o el  **Padre biológico/adoptivo**  **Tutor legal;** o  **Padre de crianza** para el paciente mencionado anteriormente y mi acuerdo a los siguientes términos.

**ACEPTACIÓN DE LOS CARGOS**

Reconozco la responsabilidad por todos los gastos incurridos por mí (o cualquier persona de la que soy responsable) por los servicios efectuados. Acepto pagar cargos regulares por los servicios clínicos brindados.

Si tengo cobertura de un plan de seguro que sea aceptado por Bluegrass Community Health Center, mi compañía de seguros recibirá la factura. Autorizo la entrega de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios directamente a BCHC. Mi seguro médico podría pagar la totalidad o parte de la tarifas de BCHC. Acepto pagar el saldo de esos cargos que no sean pagados por mi seguro médico.

Si no tengo seguro médico, se me proporcionará una explicación completa de todos los cargos y soy responsable de dichos cargos en el momento del servicio. Comprendo que debo pagar por anticonceptivos, exámenes de laboratorio, procedimientos opcionales y vacunaciones antes de que esos servicios sean realizados.

Presentaré una verificación de los ingresos familiares en o antes de la primera visita y anualmente si deseo solicitar descuentos. Informaré a BCHC acerca de cualquier cambio en los ingresos familiares o miembros de la familia ya que esta información se usará para determinar el monto que pague.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Por el presente doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento ambulatorio incluyendo procedimientos de rutina y de diagnóstico. Como parte de los procedimientos o exámenes médicos, podría ser examinado para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis o cualquier otra enfermedad infecciosa en la sangre, cuando dicho examen sea solicitado por mi proveedor de salud para fines de diagnóstico. Además, los adultos y adolescentes son evaluados de forma rutinaria para detectar necesidades psiquiátricas, de salud reproductiva y uso de sustancias como parte de la atención integral del paciente. Los resultados de los exámenes y las opciones de tratamiento para los síntomas psiquiátricos y el uso de sustancias se divulgarán a los padres/tutores de los pacientes adolescentes según lo estime conveniente el proveedor.

Por el presente autorizo la entrega de la información adquirida en el curso de mi registración, examen o tratamiento al personal de Bluegrass Community Health Center, además de a otros proveedores de atención médica, con el fin de continuar mi cuidado de salud. Por ejemplo, como los servicios de atención médica y de salud conductual están integrados con BCHC, entiendo que mi proveedor de atención médica puede divulgar información a mi proveedor de atención de salud conductual y viceversa, a fin de maximizar mi tratamiento. Además, si soy referido a un proveedor externo para atención especializada u otro servicio, entiendo que la parte pertinente de mi expediente médico se enviará al proveedor de referencia a fin de coordinar mi cuidado médico.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (CONFIDENCIALIDAD)**

Recibí un Aviso de Prácticas de Privacidad de Bluegrass Community Health Center que me informa sobre mis derechos en cuanto a cómo mi proveedor de atención médica puede usar y divulgar mi información médica protegida, y sobre las obligaciones legales y prácticas de privacidad de Bluegrass Community Health Center con respecto a la información médica protegida.

Al firmar esta solicitud, yo reconozco que recibí esta información y acepto los términos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de Paciente	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento:
<b><u>Solo para padres biológicos/adoptivos y tutores legales</u></b>			
<p>A continuación puede enumerar a las personas que pueden dar su consentimiento para el tratamiento (vacunas, medicamentos, procedimientos, visitas, etc.) para el paciente mencionado anteriormente. Se pedirá a las personas que presenten una identificación válida. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor durante 1 año y para hacer un cambio debo venir en persona para actualizar la autorización.</p>			
Personas autorizadas:		Relación al paciente:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

<b><u>Para pacientes menores de 16 años de edad o mayor</u></b>
<input type="checkbox"/> Autorizo al paciente menor mencionado anteriormente a buscar atención y tratamiento sin un padre/tutor presente (excepto para deportes o exámenes físicos escolares).

Al firmar esta solicitud, yo reconozco que recibí esta información y acepto los términos.

\_\_\_\_\_

**Firma del paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_

**Fecha**