



Centro de Salud del Condado de Huron
Seguro/Tratamiento/Pago/Autorización de HIPAA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

ACUERDO PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Doy permiso legal para asignar todos los pagos del seguro por los servicios prestados hoy al centro de salud del condado de Huron y entiendo que soy responsable de todos los copagos, deducibles, y otros montos no cubiertos por mi seguro.

IMMUNIZACIONES: Recibí y leí o he leído la información contenida en la (s) Declaración (es) de información sobre vacunas (VIS) y tuve la oportunidad de hacer preguntas y comprender los beneficios/riesgos de las vacunas que se recibirán hoy. Doy permiso para la publicación de este registro a las escuelas; guarderías y otros según sea necesario. También entiendo que esta información se envía a un registro central en el Departamento de Salud de Ohio.

YO ELIJO NO RECIBIR LOS FORMULARIOS DE VIS EN ESTA VISITA.

MÉTODO DE PAGO DEL CENTRO DE SALUD: Como cliente del Centro de Salud del Condado de Huron, entiendo que se acepta ningún seguro. Mi pago por los servicios se basa en la escala móvil de tarifas para tarifas reducidas. La escala móvil de tarifas se basa en los ingresos del hogar y el tamaño del hogar. La prueba de ingresos incluye los 2 recibos de pago más recientes de cada miembro del hogar que trabaja. El "Hogar" consiste en todas las personas que viven en una sola vivienda. **HAY UN CARGO MÍNIMO DE \$30.00** por visita y debe pagarse al momento del servicio. Cualquier procedimiento realizado durante esta visita tiene un cargo del 100%. ****NOTA:** Los ingresos también incluyen manutención de los hijos, compensación de trabajadores, Seguro Social, y desempleo.

Por la presente autorizo de Centro Salud del Condado de Huron a examinar, evaluar, tratar, inmunizar, y recetar medicamentos según lo determine el médico o la enfermera que me atiende. Como el departamento de salud es un centro educativo, me doy cuenta de que a veces también puede a ver una enfermera estudiante presente. También puedo decidir no permitir que el estudiante de enfermería profesional o el estudiante de enfermería ayuden con la atención. Entiendo que toda la información obtenida a través y/o debido a mi visita será confidencial.

Doy mi consentimiento al Centro de Salud del Condado de Huron (HCHC) para usar y divulgar mi información de salud protegida con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de mi atención médica y esta clínica. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que HCHC ya haya hecho en base a mi consentimiento previo. Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que HCHC usa o divulga sobre mí para tratamiento, pago u operación de atención médica. Esta solicitud también debe hacerse por escrito y entiendo que siempre que sea posible, HCHC cumplirá con mi solicitud.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: HCHC proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos del paciente bajo la ley. Tiene derecho a revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. HCHC proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Privacidad como parte de este proceso de registro. Entiendo que los términos del Aviso de privacidad pueden cambiar, y puedo recibir esos avisos modificados comunicándome con HCHC por teléfono o por escrito.

-
- Autorizo a HCHC a facturar a mi seguro de salud en el registro.
 - Tengo seguro de salud, sin embargo, los servicios prestados no están cubiertos y pagaré la cuenta.
 - HCHC es un proveedor no participante con mi compañía de seguros de salud y pagaré la cuenta.
 - No autorizo a HCHC a facturar a mi seguro de salud por los servicios prestados y pagaré la cuenta.
 - No tengo seguro y pagaré la cuenta.

Firma Autorizada _____ Fecha de hoy _____