



# Consentimiento Para Tratamiento (SPANISH CONSENT FOR TREATMENT)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Zip Code: \_\_\_\_\_
Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno: \_\_\_\_\_
Empleador: \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO a Occupational Health Center (OHC) a proveer tratamiento medico y a proveer evaluaciones medicas incluyendo pero no limitado a muestras de orina, de pelo, o de aliento para identificar la presencia de drogas, alcohol y otros quimicos requerido por el empleador.

YO CONSIENTO a OHC a usar y dar mi informacion a todo el personal necesario (empleador, trabajador de salud, Financiero y demografico conocido como Informacion de salud para los propositos de:

- Proveer tratamiento medico
• Obtener pagos y re-embolsos
• Obtener autorizaciones de mi asegurador
• Obtener asistencia medica de otros proveedores
• Cooperar con otros medicos para mi tratamientos
• Dar permisos para informacion cuando sea necesario y autorizado por mi persona
• Proveer resultados de mis evaluaciones fisicas y otros diagnosticos sin importer o menospreciar los resultados a mi empleador o posible empleador.
• En adicion, hacer todas las otras cosas relacionadas directamente para darme informacion medica a mi persona ( mensajes de textos, llamadas, etc.)
• Si utiliza seguridad privada sepa porfavor que el envoi de pago se le puede enviar a su persona si no esta cubierto por la seguridad. Estos pagos deberian hacerse inmediatamente a OHC.

La informacion dada anteriormente son conocidas como treatmento, pago y otras operaciones de salud y esta informacion puede incluir o relacionarse con problemas psicologicos, abuso de sustancias, HIV o embarazo. Usted puede revisar o solicitar una copia de este tipo de document si asi lo desea.

YO AUTORIZO a cualquier doctor o proveedor de salud que de cualquier informacion a OHC cuando sea necesario para cualquier seguimiento de tratamiento.

CONSIENTIZO a OHC discutir o proveer cualquier informacion medica incluyendo mi evaluacion, tratamiento, diagnostic aun sea relacionado a problemas psicologicos, abuso de sustancias, HIV o embarazo a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Me han dado oportunidad de revisar y aceptar con los terminos y condiciones que OHC me provee. Entiendo mis derechos de restringir el uso y proveer y revokar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

Entiendo que si rechazo este consentimiento y terminos de OHC, la clinica puede negarse a dar tratamiento a menos que sea requerido por la ley.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Guardian: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

La Asegurancia se Salud Portabilidad Acto de Contabilidad del 1996 (HIPPA) prohíbe el uso y dar informacion protegida de salud para tratamiento, pago y otras operaciones de salud SIN el consentimiento FIRMADO y prohíbe el uso de informacion protegida para razones no relacionadas a la salud sin ninguna autorizacion.