

Fecha de hoy _____

Forma de Registro del Paciente

No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Sexo: M F Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Teléfono/casa: _____ Teléfono/celular: _____

Teléfono/trabajo: _____ Otro teléfono: _____ Nombre: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viuda/o

Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No

Es usted un veterano? Si No

Orientacion Sexual: Heterosexual (no lesbiana/homosexual) Lesbiana/Homosexual Bisexual

Elegir no revelar

Identidad de Genero: Masculino Femenino Transgenero masculino (femenina a masculino)

Transgenero femenino (masculino a femenino) Elegir no revelar

Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado-Retirado

Paciente empleado por: _____ Ocupación: _____

Nombre del esposo/a: _____ Compañía donde trabaja el esposo/a: _____

Nivel de Ingresos Familiar: \$0-\$11,999 \$12,00-\$19,999 \$20,000-\$27,999 \$28,000-\$39,999

\$40,000-\$49,999 \$50,000-\$69,999 \$70,000 en adelante Elegir no revelar

Idioma: Ingles Español Otro _____

Raza: Africoamericano Asiático Nativo Americano Nativo Hawaiano Isleño del Pacífico

Blanco

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Puede ser elegible para un descuento en sus gastos médicos o dentales. Por favor, solicite hablar con el consejero financiero para asistencia.

Información del garante (si es menor de 18 años)

Titulares de la póliza de seguro Nombre _____ MI _____ Apellido _____

Relación con el paciente _____ Empleador _____

Fecha de nacimiento _____ SSN _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado / Zip _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Teléfono _____ Este es un teléfono celular de trabajo en el hogar

¿El contacto reside con el paciente? Si o No

Si no, por favor liste la dirección

¿Qué tan seguro está usted de completar formularios médicos usted mismo? _____

1. Extremadamente 2. Bastante 3. Algo 4. Un poco 5. Nada

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo, _____, voluntariamente doy mi consentimiento para que me traten como paciente incluyendo los procedimientos de diagnósticos de rutina, exámenes, tratamientos médicos, incluyendo aquellos procedimientos médicos que consideren apropiados los proveedores de Healthy Connections, Inc.

Autorizo a la clínica a divulgar información a los seguros médicos para el reclamo del pago. Así mismo autorizo la divulgación de información médica a mis proveedores médicos o a cualquiera que yo designe por escrito. Este consentimiento de tratamiento queda en efecto hasta que Yo renuncie por escrito.

Confirmación de HIPPA (por sus siglas en inglés): He tenido la oportunidad de leer y entender las Políticas del Acto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico utilizado por Healthy Connections, Inc.

FOTOGRAFIA: Autorizo a Healthy Connections, Inc. (HCI), tomarme fotos (o a mi hijo/a- menor de edad) y deslindo de toda responsabilidad a HCI por el uso de mi fotografía unicamente para propósitos de tratamiento, identificación y educación.

ASIGNACION Y DIVULGACION: Estoy de acuerdo en asignar directamente a Healthy Connections, Inc. todos los beneficios de seguros médicos, si los hay, si no que se me cobre a mi por los servicios realizados. Entiendo que yo soy responsable por todos los cargos, se hayan pagado o no por el seguro médico. Por este medio autorizo a los proveedores médicos divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de ésta firma en todas las sumisiones al seguro.

Entiendo que ésta forma de consentimiento será válida y permanecerá en efecto siempre que yo atienda ésta clínica. Se me ha explicado completamente ésta forma y entiendo sus contenidos.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre y/o Tutor pare el Menor

Fecha

___ Entiendo que si mi hijo está recibiendo tratamiento, estoy firmando este formulario en su nombre. Como la parte responsable de un niño menor de edad, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento en esta clínica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Healthy Connections.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Garante: _____ Fecha: _____

Designo a las siguientes personas para que actúen como mi representante de atención médica con quien puede divulgarse mi información de salud.

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____

Usted tiene el derecho de hacer cambios por escrito a este reconocimiento. Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento. Si se niega a firmar este acuse de recibo, es posible que nos veamos obligados a negarnos a administrar el tratamiento en función de nuestra incapacidad para presentar adecuadamente su seguro y / o buscar servicios de referencia y consulta de atención médica / dental / mental.

Política de medicamentos con receta y solicitud de recarga

- Las nuevas recetas no se emitirán sin primero ver a su médico / proveedor
- Es responsabilidad de todos los pacientes de Healthy Connections, Inc. (HCI) solicitar la reposición de los medicamentos recetados HCI de farmacia del paciente.
- Las renovaciones de los medicamentos recetados por los proveedores de HCI requieren una notificación con 72 horas de anticipación para volver a surtir. Esto le da a la farmacia tiempo para documentar la solicitud y enviarla a una de las instalaciones de Healthy Connections.
- Al recibir la solicitud de su farmacia, un médico clínico de HCI revisará su registro médico y determinará si: A) Necesita programar una visita al consultorio antes de aprobar el reabastecimiento de la receta. B) Necesita pruebas adicionales antes de aprobar el reabastecimiento de la receta. C) La recarga se aprueba sin necesidad de una visita al consultorio en este momento.
- Tras la determinación del médico clínico, A) Se le llamará para programar una cita con el proveedor médico o B) Se enviará a su farmacia la solicitud de reabastecimiento de la receta aprobada.
- **RECUERDE**, comuníquese con su farmacia para verificar si su receta está lista y **SÓLO** después de las 72 horas desde el momento en que llamó por primera vez a su farmacia.
- Si cambia de farmacia, **DEBE** volver a firmar este formulario.

NO SE APROBARÁN RECARGAS TEMPRANAS

- Las solicitudes de renovación de medicamentos recetados de la Lista II de Narcóticos (es decir, Morfina, Oxiconona, Fentanilo, etc.) requieren de 5 a 7 días para aprobar y **DEBEN** recogerse en la recepción de HCI. Solo se aceptará una receta original impresa en su farmacia, de acuerdo con las pautas estatales y federales de recetas, no se otorgarán las recargas **ANTES** de que transcurran 30 días desde la fecha de su último recambio. Los pacientes deben tener un acuerdo actual sobre el manejo del dolor archivado en HCI designando una farmacia local.
- Nuestra clínica no brinda servicios de control del dolor. En algunas circunstancias, podemos prescribir una sustancia controlada / narcótico a un paciente. Le solicitamos que nos proporcione los nombres de cualquier otro proveedor médico / dental que haya visto durante el año anterior que le recetó este tipo de medicamento. También le pedimos que divulgue el nombre de la farmacia que usará. Usted, como parte de su tratamiento, deberá abstenerse de recibir este tipo de medicamentos de otros proveedores durante su tratamiento con nosotros. Si obtenemos información de que usted ha llenado o recibido una receta de otro proveedor durante su tratamiento con nosotros, nos comunicaremos con la oficina del fiscal o la policía local y les proporcionaremos esta información. Al iniciar al lado de esta política, nos da el derecho de informar esta información. Si incumple esta política o no divulga toda la información, cancelaremos nuestra relación médico / paciente.

Mi locacion preferida es : Farmacia de Healthy Connections , Mena

Medi Shop Pharmacy, Mena

Farmacia de Mt. Ida, Mt. Ida

Farmacia Woodard Family , Glenwood

Farmacia de Oak Park, Hot Springs

Millers Drug Store, Malvern

Otra _____

Yo _____ entiendo y cumpliré con la política de solicitud de renovación de recetas de HCI. Entiendo que mi prescripción

puede estar listo antes de que hayan transcurrido las 72 horas, sin embargo, para garantizar el más alto nivel de atención al paciente, es importante que le dé a mi proveedor de atención médica el tiempo suficiente para revisar mis registros médicos y tomar la mejor decisión para mi atención médica.

Firma

Nombre Impreso

Fecha

___ Tengo cobertura de medicamentos recetados a través del siguiente _____
___ lan de salud NO tengo un beneficio de medicamentos del plan de
medicamentos recetados.

Nombre del Plan:

(Se debe proporcionar una copia de su tarjeta de medicamentos recetados al personal de recepción de HCI)

No será llamado por nuestro personal. Para verificar su solicitud de recarga. POR FAVOR contacte a su farmacia.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Derechos:

1. Tiene derecho a un trato considerado y respetuoso, sin importar la raza, credo, color, orientación sexual, origen de nacionalidad, discapacidad, sexo, preferencia religiosa, estado civil, creencias políticas, edad o estado de seguro médico, este trato debe ser de una manera digna respetuosa de sus valores personales y creencias en el sistema.
2. Tiene derecho a que se le atienda en el horario programado para su cita tan pronto como sea, entendiendo que también se consideraran las necesidades de los otros pacientes.
3. Usted tiene derecho a buscar tratamiento en un Centro de Salud Comunitario (CSC), y su pago se basará de acuerdo al sistema de descuento u otro programa de elegibilidad.
4. Tiene derecho a revisar y a recibir una explicación de su cuenta, sin importar la procedencia del pago.
5. Tiene derecho a que todos sus exámenes físicos, entrevistas y discusiones se hagan en un lugar privado y que todos los records y asuntos acerca de su cuidado se manejen confidencialmente.
6. Tiene derecho a saber los nombres y el nivel de entrenamiento de los proveedores que cuidan de usted.
7. Tiene derecho a una explicación entendible de su malestar, así como las pruebas y tratamientos que han planeado y los riesgos que conllevan estos tratamientos y pruebas.
8. Tiene derecho a pedir otra opinión de otro proveedor de CSC o pedir que un nuevo proveedor tome su caso por una sola vez.
9. Tiene derecho a ofrecer sus preocupaciones o quejas acerca del cuidado de salud que recibió. Por favor pregunte por el Jefe del Equipo Clínico del Centro.
10. Tiene derecho a saber que CSC no realiza ningún tipo de tratamiento ilegal.
11. Tiene derecho a que se le informe acerca de su tratamiento, diagnóstico y pronóstico y de aceptar o rechazar, consejo o tratamiento del cuidado de la salud.
12. Tiene derecho a planear su tratamiento del cuidado de salud, por adelantado y escoger a alguien que tome decisiones por usted, hasta donde lo permita la ley, en caso de que usted llegara a estar imposibilitado para tomar decisiones.
13. Tiene derecho a que se le informe de cualquier experimento clínico u otro proyecto educativo/de investigación que afecten su tratamiento, y el derecho a rechazar la participación en dichos experimentos e investigaciones.
14. Tiene derecho a que le den sus reportes de dolor a tiempo y a tener un plan clínico apropiado para aliviar su dolor, que se incluye su plan de seguro.

Responsabilidades:

1. Usted tiene la responsabilidad de mantener una conducta apropiada en el centro de salud. Usted no debe abusar física o verbalmente al personal o propiedad del centro.
2. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con su cita en el centro de salud, y sino puede venir, notifique por adelantado al centro de salud. SI usted no cumple con su cita o no la cancela con tiempo menos de 24horas, Usted va a ser sujeto a un pago de \$25.00 por no cumplir.
3. Usted tiene la responsabilidad de proveer información veraz de su situación financiera y cumplir con los requisitos del programa.
4. Usted tiene la responsabilidad de pagar su parte del cobro el día del servicio.
5. Usted tiene la responsabilidad de preguntarle al doctor cualquier cosa de su cuidado que no entienda.
6. Usted tiene la responsabilidad de brindar, hasta donde usted sepa, información completa y veraz acerca de su malestar, enfermedades pasadas, medicinas, hospitalizaciones y otras cuestiones que tengan que ver con su salud.
7. Usted tiene la responsabilidad de seguir las instrucciones que le de su proveedor del cuidado de la salud. Usted es responsable de las consecuencias de sus propios actos, si usted falla en seguir estas instrucciones o si usted rechaza el tratamiento.
8. Usted tiene la responsabilidad de decirle al doctor cuando tenga dolor y unirse a un plan para aliviar el dolor.

Firma del paciente

Fecha

Mi firma esta indicando que he leído, he entendido, y que voy a cumplir con los terminos de Derechos y Responsabilidades de Healthy Connections, Inc.



Healthy connections, Inc. es su Hogar de Cuidado de la salud- como Paciente Centrada del Hogar Medico (PCMH), nos hemos asociado con nuestros pacientes y tomamos parte en una relacion para reforzarnos y fortalecer los resultados de la asistencia medica de las personas a quien servimos. El Paciente-Centrada del Hogar Medico* ("Medico del Hogar") es un modelo de cuidado que pone las necesidades del paciente primero. La casa medica es las base de la cual los servicios de la asistencia medica se coordinan para proporcionar el cuidado mas eficaz y eficiente del paciente. Esto incluye el uso de la tecnologia, la coordinacion de especialidad y atencion de pacientes hospitalizados, servicios proporcionados preventivos a traves de la prevencion e mantenimiento de la salud, la educacion del paciente, el diagnostico y tratamiento de las enfermedades agudas y cronicas.

-----Por favor de completar esta forma y retornarla a nuestra clinica-----

Nombre _____	Seguridad Social _____	DOB _____
--------------	------------------------	-----------

Seleccion de Proveedor de Atencion Primaria

___ Entiendo que he seleccionado _____ como mi proveedor de atencion primaria, y en el futuro las citas seran programadas con el/ella para asegurar la continuidad y mejorar la prestacion de la atencion. En el evento que mi proveedor no este disponible, mi cita puede ser programada con otro proveedor. Yo entiendo que tengo derecho a solicitar una transferencia a otro PCP de conformidad con la politica y los procedimientos de Healthy Connections, Inc. pero al transferirse a un nuevo PCP, se exige la finalizacion de un nuevo documento firmado.

Médico

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> MENA-- Terri Barrada, APRN
<input type="checkbox"/> MENA-- JOAN MANZELLA, APRN
<input type="checkbox"/> MENA-- SHERILYN WEBB, MD
<input type="checkbox"/> MENA ST-- PATRICK FOX, MD
<input type="checkbox"/> MENA ST-- KRISTEN MACK, APRN
<input type="checkbox"/> MENA ST-- CAROLIN HOCKERSMITH, APRN
<input type="checkbox"/> MENA ST-- ERIC WEBB, PA
<input type="checkbox"/> DEQUEEN-- TERRI DEVLIN, MD | <input type="checkbox"/> MT. IDA – AMY STVARTAK, APRN
<input type="checkbox"/> MT. IDA- SCHASTA HIBBS, APRN
<input type="checkbox"/> HOT SPRINGS-- MINDY GALLEGOS, APRN
<input type="checkbox"/> HOT SPRINGS-- LAURA PUMPHREY, APRN
<input type="checkbox"/> HOT SPRINGS-- SARAH SULLIVAN, MD
<input type="checkbox"/> HOT SPRINGS-- SCHASTA HIBBS, APRN
<input type="checkbox"/> HOT SPRINGS CENTRAL-- ANNE MURPHY, MD
<input type="checkbox"/> HOT SPRINGS CENTRAL-- CHRIS GILLENWATER, APRN | <input type="checkbox"/> ARKADELPHIA-- RACHEL SCRIMSHIRE, APRN
<input type="checkbox"/> MALVERN-- MELANIE NEWMAN, APRN
<input type="checkbox"/> MALVERN--LARRY BRASHEARS, MD
<input type="checkbox"/> MALVERN-- RACHEL SCRIMSHIRE, APRN |
|---|---|--|

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Firma del Pariente o Representante del Paciente

Fecha

Registro de Medicación e Historial de Salud

Indique los medicamentos (tanto los medicamentos actuales como los discontinuados previamente) y las fechas, o marque N / A si no hubiera medicamentos.

Fecha de hoy: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Salud general: _____

Nombre e información de contacto de otros médicos involucrados en su cuidado:

Nombre del Medicamento	Dosis	Que tan seguido se toma

Si necesita más espacio, solicite otra hoja de papel en recepción

¿Actualmente o alguna vez ha sido tratado por?

Sí No Condición Explique

		Alergias: enumerar	
		Asma	
		Trastornos hemorrágicos	
		Presión sanguínea	
		COPD	
		Diabetes	
		Oído / Seno	
		Desmayo	
		Problemas gastrointestinales	
		Enfermedad del corazón	
		Enfermedad del riñón	
		Trastornos del aprendizaje	
		Problemas menstruales	
		Músculo-esquelético	
		Psicológico / psiquiátrico	
		Convulsiones	
		Enfermedad de célula falciforme	
		Enfermedad de célula falciforme	
		Trastornos del sueño	
		Carrera	
		Cirugía: enumerar	
		Enfermedad de tiroides	
		Herida grave	

¿Tienes un testamento en vida? Sí No Firma: _____



Polizas Del Paciente De la Practica Medica y Dental

- Nosotros requerimos 24 horas de notificación avanzada si usted no puede asistir a su cita. Nosotros nos reservamos el derecho a cobrarle una cuota al no presentarse y no notificar/ o a destituirlo de nuestra práctica si no cumple con los requisitos.
- Los niños **no** pueden ser dejados en la área de espera y **no** pueden acompañarlo(a) a usted a los cuartos/área de tratamiento. Por favor organice el cuidado de su hijo(a) según su cita o nosotros nos reservamos el derecho a reasignarle su cita.
- Solo los pacientes están permitidos en los cuartos/área de tratamiento. Si el paciente es un menor, **un** padre o legal guardian están permitidos a acompañarlo(a) a el área de tratamiento, donde el doctor(a) explicará el diagnóstico, el plan de tratamiento, los riesgos y beneficios del tratamiento. Cuando llegue el momento de realizar el tratamiento al paciente, será a la discreción del dentista el permitirle al padre o guardian mantenerse en el cuarto de tratamiento durante el resto de la cita.
- Un padre o guardian legal se le pedirá encaminar/acompañar a niños con necesidades especiales y niños menores de 3 años a las áreas de tratamiento. Otros niños **no** serán permitidos en las áreas de tratamiento mientras un hermano(a) estén recibiendo tratamiento.
- Los padres, guardianes legales o personal del asilo de ancianos **deben** mantenerse en la oficina durante el tratamiento si el paciente es menor de 18 años o es un residente que está al cuidado de un facilidad o casa de asilo, o cualquier otro tipo de cuidado guardian.
- El uso de celulares **no** está permitido en los cuartos operadores.
- La comida y bebidas **no** están permitidos en los cuartos operadores.
- Por favor tenga consideración hacia otros al hablar. A los pacientes que hablen en tono alto o usen lenguaje inapropiado se les pedirá retirarse.

Yo entiendo y estoy de acuerdo a conformarme a las polizas del paciente de la práctica dental descritas.

Emprima Nombre: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente/o Guardian Legal: _____

*Los proveedores de HCI se reservan el derecho a desviarse de esta poliza cuando sea para el mejor interés de el paciente y el cuidado que está siendo proveído.



Acuerdo De Tarifa y Póliza Financiera

Gracias por escoger a Healthy Connections, Inc. Por favor revise este Acuerdo de Tarifa y Póliza Financiera, que describe los cargos no cubiertos por la aseguransa y las tarifas adicionales. Por favor asegúrese de comprender las pólizas relacionadas con la defensa de la corte y los servicios legales, cancelaciones/citas perdidas y fondos insuficientes. Si tiene alguna pregunta sobre algo, **solicite al personal de HCI antes de firmar este Acuerdo y Póliza.**

ABOGACÍA DEL TRIBUNAL Y SERVICIOS LEGALES, ESTO NO INCLUYE EL CUIDADO DIRECTO DEL PACIENTE, NO CUBIERTO POR LOS TRANSPORTISTAS DE SEGURO

- Registros médicos no solicitados por el paciente, \$15.00 por solicitud
- Servicios indirectos por un proveedor con licencia (salud médica o del comportamiento)* \$130.00 (prorratedo por 15 minutos)
**Servicios indirectos que proporcionamos fuera de nuestros horarios de sesiones como escribir cartas, consultas realizadas a petición suya (para lo cual se requiere una autorización escrita para la divulgación de información confidencial), coordinar servicios adjuntos y de defensa judicial, y completar formularios o informes. En ocasiones, puede solicitar que testifiquemos o estemos presentes en los procedimientos judiciales en su nombre de la citación de la corte, el tiempo que se facturará comenzará desde nuestra llegada al tribunal hasta la finalización del testimonio.*
- Consultas telefónicas requeridas por la corte (11-60 min.) \$130.00 (prorratedo per 15 min.)

CARGOS ADICIONALES

- Cancelaciones tardiás/citas médicas y dentales perdidas – menos de 24 horas antes de la cita \$25.00
- Cancelaciones tardiás/citas perdidas de salud conductual – menos de 48 horas antes de la cita \$25.00
- Cheque de fondos insuficientes (rechazado) \$25.00

PAGO

Se espera que pague por cada sesión en su totalidad, o su copago de aseguransa al momento de los servicios. Los métodos de pago aceptados son efectivo, cheque, o tarjeta de debito/credito. Los cheques deben hacerse a nombre de *Healthy Connections, Inc.*

He leído el Acuerdo y la Póliza de arriba. Comprendo que la póliza y mi firma a continuación da aceptación a cumplir con sus términos en asociación con los servicios ambulatorios que Healthy Connections, Inc. me prporcionó. Todas y cada una de las excepciones negociadas o arreglos especiales se enumeran a continuación y requieren aprobación, y no validas a menos firmado por un representante autorizado de Healthy Connections, Inc.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente /Guardian: _____

Autorización para Revelar/Obtener información de Salud

Primer Nombre/First	Apellido/Last Name	Fecha de Nacimiento / /	Today's Date
Direccion			
Ciudad	Estado	Numero Postal	
Telefono de Casa/Home ()	Numero de Social/SSN	Por favor de esbribir previos nombres sobre se hayen sus archivos/Previous names records may be found:	
Se esta tranferiendo de nuestra facilidad?/Are you transferring out of our facility? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Yo estoy autorizando a Healthy Connections para:/I authorize HCI to: <input type="checkbox"/> Obtener mis archivos de/ Obtain my records from <i>or</i> <input type="checkbox"/> Dar mis archrivos a:/ Release my records to:		El Proposito de esta divulgacion: / purpose of this disclosure: <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Disabilidad/Disability <input type="checkbox"/> Aseguranza/Insurance <input type="checkbox"/> Al pedir del paciente/Request of patient <input type="checkbox"/> Otro/Other	
Nombre de la Facilidad/Facility Name		Nombre del Doctor/Dr's Name	
Direccion			
Ciudad	Estado	Numero Postal	
Telefono ()	Fax ()		
Las fechas de servicio and tipo(s) de informacion sean usadas o divulgadas son como siguen:/Type(s) of info to be disclosed are as follows: <input type="checkbox"/> Archivo Completo /Entire Record <input type="checkbox"/> Historia & Fisico /History & Physical <input type="checkbox"/> Resumen de Alta /Discharge Summary <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias /ED Record <input type="checkbox"/> Admisiones y Evaluaciones Psiquiatricas /Psychiatric Intake & Eval <input type="checkbox"/> Archivos de pago e facturacion /Billing Recs <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/Laboratory Reports <input type="checkbox"/> Reportes de Radiologia/Radiology Reports <input type="checkbox"/> Estudios Psycho-Sociales/Psychosocial Assess. <input type="checkbox"/> Reportes de Progreso/Progress Reports <input type="checkbox"/> Otro/Other _____			

- Esta autorizacion sera valida por un periodo de un ano a partir de la fecha indicada abajo. Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando por escrito al departamento de Archivos Medicos. Yo entiendo que la revocacion no aplicara a la information que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorizacion.
- Yo entiendo que la ley aplicable para la liberacion de information bajo esta autorizacion puede estar sujeta a discusion por el beneficiario y por consiguiente, puede no estar protegida por la regulacion Federal de Privacidad.
- Yo entiendo que mi tratamiento o la continuidad de mi tratamiento por Healthy Connections, Inc. No ha sido condicionada de ninguna manera si firmo o rechaze esta autorizacion .
- Yo entiendo que esta autorizacion incluye toda la information contenida en mis archivos. Esta information puede incluir information relacionada con alcohol, drogas, cualquier information psicologico y cualquier information relacionada con embarazos, enfermedades de transmision sexual, exámenes del VIH(Sindrome de Immuno-deficiencia Adquirida)y cualquier syndrome relacionado. Tambien puede incluir information concerciente a cancer, exámenes y resultados de cancer.
- Yo acuerdo que una copia o un fax de esta liberacion debiera ser valida como original y libera a Healthy Connections de cualquier responsabilidad y/o otra rama potencial de confidencialidad debida al mal entendimiento o falla en la transmision o al recibir de archivos.
- Los Padres o Custodios Legales deberian de firmar esta autorizacion si el paciente es un menor de edad (menor de 16 anos) o si tiene el custodio legal.
- Healthy Connections, sus empleados y proveedores seran liberados de cualquier responsabilidad e information extendida, indicada y autorizada que esta arriba descrita.
- Yo me comprometo a pagar el costo de fotocopiado, incluyendo otros gastos permitidos por la ley, tales como el costo de materiales, estampillas postales, o cualquier otro gasto generado por Healthy Connections por proveer copias requeridas . Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la information que sera usada o liberada.

Yo, el paciente o como representante legal, doy mi autorizacion de usar y liberar la information de salud incluyendo, si aplicandose la information relacionada al diagnostico o tratamiento de enfermedades legales, drogas y/o abuso de alcohol y el VIH./I, the undersigned patient or legal representative, hereby authorize the use and disclosure of health information including, if applicable, information relating to the diagnosis or treatment of mental illness, drug and/or alcohol abuse and HIV related information.

Firma del Paciente o Representativo Legal / Signature of Patient or Legal Representative **Fecha/Date** **Hora/Time**

Testigo/Witness **Fecha/Date** **HCI Proveedor/HCI Provider**

Relacionado al Paciente/Relationship to patient: Yo /Self Pariente/Guardian/Parent/Guardian Otro/Other _____

Si esta firmado por el Representativo Legal adjunte la documentacion apropiada que verifique su autoridad.