



Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____ (A.M / P.M)

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo al Centro de Salud Comunitaria del País del Norte a tratar cualquier condición de salud mental, dental o mental siempre y cuando el proveedor de cuidado me haya explicado mi condición, los procedimientos de tratamiento y métodos alternativos para tratar mi condición. El proveedor de cuidado ha discutido con mí los riesgos previsible del tratamiento y que puede haber resultados indeseables.

Autorizo al proveedor de cuidado a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente, que se cree necesario, durante el tratamiento, se debe descubrir una condición que no se conocía previamente.

Entiendo que el Centro de Salud Comunitaria del País del Norte opera una práctica de atención primaria que integra servicios de salud conductual, lo que significa que el personal de salud conductual es parte de mi equipo médico y experiencia y que ser visto por un proveedor de salud mental puede dar lugar a Cargos adicionales a mi seguro. Esto también puede resultar en un co-pago adicional o co-seguro. Reconozco que en caso de cobertura insuficiente, seré responsable del saldo restante.

He leído detenidamente y entiendo completamente este Formulario de Consentimiento Informado y todas mis preguntas han sido contestadas adecuadamente.

Acuerdo de Tratamiento, Pago y Datos

- Autorizo el examen y tratamiento para esta y todas las siguientes visitas médicas, dentales o de salud mental.
- Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos y deducibles. La asistencia financiera está disponible para aquellos que califican.
- Soy personalmente responsable de proporcionar la información exacta y actual del seguro.
- Autorizo una fotocopia de esta declaración para que sirva como el original y el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo la liberación de toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios.
- Entiendo que el Centro de Salud Comunitaria del País del Norte puede usar datos desarrollados para y / o proporcionados por los pacientes para determinar características generales de las comunidades a las que sirve y que ninguna de estas informaciones identificará de manera alguna a pacientes individuales.
- Autorizo la liberación de la (s) información (s) de inmunización al Sistema de Inmunización del Estado de Nueva York (NYSIIS)

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad (HIPAA) y los Derechos y Responsabilidades del Paciente del Centro de Salud Comunitario de North Country han sido puestos a mi disposición.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Información General: Se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que accedan a servicios / actividades médicas, de salud mental y / o de investigación. El consentimiento informado no es simplemente un documento firmado. Es un proceso continuo que considera las necesidades y preferencias del paciente, el cumplimiento de la ley y la regulación, y la educación del paciente.

El paciente y / o la familia, según corresponda, reciben información sobre:

- La condición del paciente;;
- Tratamientos, procedimientos o actividades de investigación propuestos;
- Posibles beneficios e inconvenientes de los tratamientos o procedimientos propuestos;
- Problemas relacionados con la recuperación;
- Tratamientos alternativos o procedimientos;
- El médico u otro profesional responsable de la atención del paciente;
- Otros que autoricen o realicen procedimientos o tratamientos; y
- Cualquier relación comercial entre las personas que tratan al paciente, o entre la organización y cualquier otro centro de salud.