



Community Health Center of the North Country

Consentimiento para Discutir Información de Salud Protegida (PHI)

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Información Protegida de Salud (PHI) significa la información individualmente identificable relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo, la provisión de atención médica a un individuo, o el pago pasado, presente o futuro de la atención médica proporcionada a un individual.

Cuidado de la Salud El tratamiento consiste en los servicios proporcionados por cada disciplina dentro de CHCNC: Primaria, Salud Mental, Odontología, Optometría, Fisioterapia, Ortopedia y Cuidado de los Pies.

Este consentimiento es limitado y no incluye permiso para discutir el Tratamiento de Alcohol / Drogas o la información confidencial relacionada con el VIH / SIDA, que necesita un comunicado especial firmado.

Doy permiso a CHCNC para discutir mi PHI (o el PHI del paciente arriba mencionado con el que estoy autorizado a consentir) con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar estos permisos, por escrito, en cualquier momento, excepto en lo que respecta a las acciones que el Centro de Salud ya ha tomado debido a este consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Relación (si corresponde): _____