



# 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 individuo.

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): \_\_\_\_\_

## Permiso para Acompañar

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas tienen mi permiso para acompañar al niño menor mencionado a una cita médica en el Centro de Salud Comunitaria del País del Norte. Entiendo que esta persona será privada de PHI. Entiendo que si se necesita un procedimiento invasivo necesitaré traer al niño o estar disponible para el consentimiento telefónico.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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.

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 individuo.

Entiendo que tengo el derecho de revocar estos permisos, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Centro de Salud ya haya tomado medidas en dependencia de este consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Relación (si corresponde): \_\_\_\_\_