

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD

- Yo doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Hamilton en Chattanooga para que se me hagan pruebas, exámenes y/o se me provean tratamientos para enfermedades; para que se me refiera a otros practicantes de cuidados de salud; y para los servicios consecuentes que sean necesarios para mí, para mi hijo(a) o para una persona bajo mi tutela. Yo comprendo que tengo el derecho a rehusar el tratamiento y los medicamentos en parte o en su totalidad.
- Sus iniciales y la fecha (mes / día / año):** _____

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES

- Yo doy mi consentimiento para cualquier cuidado dental para mí, para mi hijo(a) o para una persona bajo mi tutela, que el dentista que examina considere necesario; incluyendo los rayos X, los tratamientos de fluoruro, las restauraciones y las extracciones. De la misma manera, doy mi consentimiento para el uso de anestésicos, de la mezcla de óxido nitroso y oxígeno y de cualquier otro medicamento que el dentista considere necesario. Yo comprendo que tengo el derecho a rehusar el tratamiento y los medicamentos en parte o en su totalidad.
- Sus iniciales y la fecha (mes / día / año):** _____

DISPOSICIONES GENERALES PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION:

- Yo autorizo la divulgación de la información dental o médica que sea necesaria y apropiada para proveer cuidado para mi persona, para mi hijo(a) o para una persona bajo mi tutela. De la misma manera, yo autorizo la divulgación de la información dental o médica que sea necesaria y apropiada para prevenir y controlar enfermedades contagiosas, cumplir con las auditorías requeridas y con las revisiones de registros médicos. Además, yo autorizo la divulgación de la información médica, dental o de cualquier otro tipo necesaria para procesar un reclamo a TennCare, Medicare u otra compañía de seguros de salud. Entiendo que el Departamento de Salud no se hace responsable ni controla la información contenida en las comunicaciones entre las compañías de seguros y que el Departamento de Salud no puede prevenir dichas comunicaciones. Esta autorización se vence a los tres (3) años de la fecha en que se firmó.
- Sus iniciales y la fecha (mes / día / año):** _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco haber recibido una copia del AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD del Departamento de Salud del Condado de Hamilton en Chattanooga.
- Sus iniciales y la fecha (mes / día / año):** _____

FIRMA _____ **FECHA (mes / día / año)** _____

RELACION AL PACIENTE _____ (complete si no es el paciente)

TESTIGO _____ **FECHA (mes / día / año)** _____

Recorded by: (For Staff Use Only) _____