

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD

- Yo, el aquí suscrito, doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Hamilton-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. De la misma manera, acepto la divulgación de mi información médica necesaria y apropiada para evitar y controlar enfermedades contagiosas, cumplir con las revisiones y con el examen de los registros médicos requeridos. Además, autorizo la divulgación de la información a cualquier plan de seguros de salud. Esta autorización se vence a los 3 años de la fecha en que se firmó.

- Sus iniciales y la fecha (mes, día, año) _____

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES

- Yo el aquí suscrito, doy mi consentimiento para cualquier cuidado dental para mí, mi hijo[a] o para una persona bajo mi tutela, cuandoquiera que el dentista que examina crea que es 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 anestésico, de la mezcla de óxido nitroso y oxígeno y de cualquier otro medicamento que el dentista considere necesario. Entiendo que tengo el derecho de rehusar los tratamientos y los medicamentos en parte o en su totalidad. Autorizo la divulgación de la información dental necesaria y apropiada para proporcionar el cuidado para mí, para mi hijo [a] o para una persona bajo mi tutela. Además, reconozco la divulgación de la información médica o dental, o de otra información necesaria para procesar una reclamación a TennCare, Medicare o a cualquier compañía de seguro de salud. Esta autorización se vence a los 3 años de la fecha que se firmó.

- Sus iniciales y la fecha (mes, día, año) _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco haber recibido notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Hamilton-Chattanooga.
- Sus iniciales y la fecha (mes, día, año) _____

FIRMA _____ FECHA DE HOY _____

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

Testigo _____ Fecha (Mes- Día- Año) _____

Recorded by: (For Staff Use Only) _____