

**HAMILTON COUNTY HEALTH AND SOCIAL SERVICES DIVISION  
CONSENTS AND ACKNOWLEDGEMENTS**

**RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**

\_\_\_\_\_ I acknowledge that I have received a copy of the Hamilton County Health and Social Services Division Notice of Privacy Practices.

**PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY ACKNOWLEDGEMENT**

\_\_\_\_\_ The Hamilton County Health and Social Services Division is pleased to provide you services today. Please be aware that some services are free and others carry a charge. Your insurance may not cover these charges. For individuals without insurance, services are provided on a sliding fee scale based on family size and income.

\_\_\_\_\_ I understand that if the service I receive carries a charge, I will be asked to pay in full at the time services are rendered if I do not have insurance, or if the health department does not take my insurance, or if I am requesting a particular service known in advance not to be covered by insurance.

\_\_\_\_\_ I understand that the Health and Social Services Division will attempt to bill my insurance if they are a contracted provider, but that I still could owe money if my insurance does not pay for any reason.

\_\_\_\_\_ I understand that a few of many reasons why my insurance may not pay in full are: Service is not covered by my insurance; I have not met my co-pay or deductible. The Health Department is out of network for my insurance. My coverage was not in effect when I received the service. I have received this service in the past within a specified timeframe. I have other insurance which the Health Department does not bill, that must be billed first.

**COMMUNICATION**

The Health and Social Services Division offers patients/clients the opportunity to communicate telephonically and electronically. These communications could include appointment reminders, cancellations, billing/payment reminders, test results and needed treatment. You have the right to consent to these communications and revoke your consent at any time in writing, signed by you. Such revocation will not be retroactive to any prior disclosures.

I give the Health and Social Services Division permission to communicate with me via the following means:

\_\_\_\_\_ Voicemail    \_\_\_\_\_ Text Message    \_\_\_\_\_ Email

\_\_\_\_\_ I give my permission for the Health and Social Services Division to share my personal health information with the following individual(s):

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**MEDICAL/DENTAL SERVICES CONSENT**

\_\_\_\_\_ **Medical:** I do hereby give my consent for the Health and Social Services Division to perform screenings, immunizations, examinations and/or provide treatment for disease, referrals to other health care practitioners and the necessary follow-up to myself, my child, or ward. I understand that I have the right to refuse any and all treatment/medications.

\_\_\_\_\_ **Dental:** I do hereby give my consent for any dental care for myself, my child, or my ward, which the examining dentist feels is necessary, including x-rays, fluoride treatments, restorations, and extractions. I also give my consent for the use of local anesthetics, nitrous oxide-oxygen mixture, and other medication as deemed necessary by the dentist. I understand that I have the right to refuse any and all treatment and medications.

\_\_\_\_\_ **Behavioral Health:** I do hereby give my consent for counseling and medication management services and to other health care practitioners and the necessary for treatment purposes.

**Sexual/Reproductive Health Services:** I consent to all medical images and or video being made of me or my child/dependent not limited to one date of service. I understand the image is **for medical treatment**, and will only viewed by limited staff. I also understand these photographs will not be used for professional education, training, or marketing materials. I further acknowledge that there will be no compensation for such use of medical photo(s). This consent maybe revoked at any time with written request by patient.

\_\_\_\_\_ **I consent**    \_\_\_\_\_ **I do NOT consent**

**COMMUNITY HEALTH AND SOCIAL SERVICES CONSENT**

\_\_\_\_\_ I consent to the provision of social and/or case management services to myself or minor child.

\_\_\_\_\_ I understand that health screening questions may be asked before in-person visits and will be answered honestly to the best of my knowledge. I understand that home visits may be rescheduled or held virtually if the response to any of the questions is “yes”.

\_\_\_\_\_ I understand that due to illness or other unforeseen events, the option is available for personal visits to be conducted using interactive video conferencing or phone calls. Group connections may also be offered using interactive video conferencing.

\_\_\_\_\_ I understand that after the third missed appointment, if unable to reschedule, I may be contacted and notified for the termination of services.

Photographs are often taken during social services activities and events. Social Services may use such photographs for any lawful purpose including, but not limited to, such purposes as publicity, illustration, advertising and website content. Your authorization for us to use any of these photographs of your child/children/family for any of these purposes is necessary.

\_\_\_\_\_ **I consent**    \_\_\_\_\_ **I do NOT consent**

**SIGNATURE**

My signature below indicates that I have read and given my consent and or acknowledgement as indicated by my initials.

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**RELATIONSHIP TO PATIENT** \_\_\_\_\_ **(complete if other than patient)**

**WITNESS** \_\_\_\_\_ **NC-02 (Rev.1.26)**

**DIVISIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE HAMILTON  
CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS**

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

\_\_\_\_\_ Reconozco que he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la División de Salud y Servicios Sociales del Condado de Hamilton.

**RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_ La División de Salud y Servicios Sociales del Condado de Hamilton se complace en ofrecerle sus servicios hoy. Tenga en cuenta que algunos servicios son gratuitos y otros tienen un costo. Es posible que su seguro no cubra estos costos. Para las personas sin seguro, los servicios se prestan según una escala de tarifas variable basada en el tamaño de la familia y los ingresos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, si el servicio que recibo conlleva un cargo y no tengo seguro, o si mi seguro no es aceptado o solicito un servicio específico que de antemano sé que no está cubierto por mi seguro, se me pedirá que pague el monto total en el momento en que se preste el servicio.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la División de Salud y Servicios Sociales intentará cobrar a mi seguro si es un proveedor contratado, pero que aun así podría deber dinero si por cualquier motivo mi seguro no lo paga.

\_\_\_\_\_ Entiendo que algunas de las muchas razones por las que mi seguro puede no pagar la totalidad son: El servicio no está cubierto por mi seguro; no he cumplido con mi copago o deducible. El Departamento de Salud está fuera de la red de mi seguro. Mi cobertura no estaba vigente cuando recibí el servicio. He recibido este servicio en el pasado dentro de un plazo determinado. Tengo otro seguro al que el Departamento de Salud no factura y que debe cobrarse primero.

**COMUNICACIÓN**

La División de Salud y Servicios Sociales ofrece a los pacientes/clientes la oportunidad de comunicarse por teléfono y por medios electrónicos. Estas comunicaciones pueden incluir recordatorios de citas, cancelaciones, recordatorios de facturación/pago, resultados de pruebas y tratamientos necesarios. Usted tiene derecho a dar su consentimiento para estas comunicaciones y a revocarlo en cualquier momento por escrito, con su firma. Dicha revocación no será retroactiva.

Autorizo a la División de Salud y Servicios Sociales a comunicarse conmigo a través de los siguientes medios:

\_\_\_\_\_ Mensaje de voz    \_\_\_\_\_ Mensaje de texto    \_\_\_\_\_ Correo electrónico

\_\_\_\_\_ Doy permiso a la División de Salud y Servicios Sociales para que comparta mi información médica personal con las siguientes personas:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS/DENTALES

\_\_\_\_\_ **Médicos:** Por medio de la presente, doy mi consentimiento para que la División de Salud y Servicios Sociales lleve a cabo exámenes, vacunas, pruebas y/o proporcione tratamiento para enfermedades, derivaciones a otros profesionales de la salud y el seguimiento necesario para mí, mi hijo o el menor bajo mi tutela. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento o medicación.

\_\_\_\_\_ **Dentales:** Por medio de la presente, doy mi consentimiento para cualquier tratamiento dental que el odontólogo considere necesario para mí, mi hijo o el menor bajo mi tutela, incluyendo radiografías, tratamientos con flúor, restauraciones y extracciones. También doy mi consentimiento para el uso de anestésicos locales, mezcla de óxido nitroso y oxígeno y otros medicamentos que el odontólogo considere necesarios. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento y medicamento.

\_\_\_\_\_ **Salud conductual:** Por la presente, doy mi consentimiento para recibir servicios de asesoramiento y gestión de medicamentos, así como a otros profesionales de la salud y lo necesario para fines de tratamiento.

**Servicios de salud sexual y reproductiva:** Doy mi consentimiento para que se tomen imágenes médicas y/o se graben videos de mí o de mi hijo/dependiente, sin limitarse a una sola fecha de servicio. Entiendo que las imágenes se utilizarán con **finés médicos** y que solo serán vistas por personal autorizado. También entiendo que estas fotografías no se utilizarán con fines de formación profesional, capacitación o materiales de mercadotecnia. Además, reconozco que no habrá compensación alguna por dicho uso de las fotografías médicas. Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento mediante una solicitud por escrito del paciente.

\_\_\_\_\_ **Doy mi consentimiento** \_\_\_\_\_ **NO doy mi consentimiento**

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD COMUNITARIA

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que se me presten servicios sociales y/o de gestión de casos a mí o a mi hijo menor de edad.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me pueden hacer preguntas de control médico antes de las visitas presenciales y que las responderé con sinceridad, en la medida de mi conocimiento. Entiendo que las visitas domiciliarias pueden reprogramarse o realizarse de forma virtual si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "sí".

\_\_\_\_\_ Entiendo que, debido a una enfermedad u otros acontecimientos imprevistos, existe la opción de realizar visitas personales mediante videoconferencias interactivas o llamadas telefónicas. También se pueden ofrecer conexiones grupales mediante videoconferencias interactivas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que, después de la tercera cita a la que no asista y si no puedo reprogramarla, es posible que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre la cancelación de los servicios.

A menudo se toman fotografías durante las actividades y eventos de los servicios sociales. Los servicios sociales pueden utilizar dichas fotografías para cualquier fin lícito, incluyendo, entre otros, fines publicitarios, ilustrativos, promocionales y como contenido para sitios web. Es necesario que nos autorice a utilizar cualquiera de estas fotografías de sus hijos/familia para cualquiera de estos fines.

\_\_\_\_\_ **Doy mi consentimiento** \_\_\_\_\_ **NO doy mi consentimiento**

## FIRMA

Con mi firma a continuación, declaro que he leído y doy mi consentimiento y/o aceptación, tal y como indican mis iniciales.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **(si no es el paciente)**

**TESTIGO** \_\_\_\_\_ **NC-02.s (Rev.1.26)**