

Consent for Treatment

Midtown Community Health Center (Midtown) provides primary care, dental and mental health services. Because physical and emotional problems often go together, we believe the best care is given when health care providers work together. Midtown patients may be referred to providers from other health care specialties within the Midtown treatment team; members of the treatment team will share clinical information with each other as is clinically necessary.

The professional staff of Midtown will depend on statements made by Patient, Patient's medical history, and other information to evaluate your condition and decide on the best treatment. The evaluation and treatment of children and adolescents often requires the involvement of the parent(s) and/or other family members.

Health professions are not exact sciences and no guarantees are made concerning the course or effect of treatment proposed by the provider nor outcomes of treatment. Any questions about the benefits, risks, available options, or the limits of confidentiality should be directed to the treatment staff.

In treating patients, studies including x-rays, laboratory tests, EKGs or psychological tests may be warranted. Medications and/or anesthetics may also be administered or prescribed. There are risks involved in taking or receiving any medications or anesthetic and any questions about medications or anesthetics will be answered by the medical staff. Patient accepts the risks of medication or anesthetic and other treatment.

Privacy

Information about Patients will NOT be given to anyone outside of Midtown, including family and friends, unless Patient (parent or legal guardian, if a minor) gives written permission. As a Midtown patient, you have the right to request a copy of your records. Patients may consent to release of information if Patient is age 18 or older. However, we may release Patient's information to others without the Patient's permission if: 1) Patient poses a threat to self or others; 2) Patient is unable to protect self from risk of harm; 3) Patient is in the legal custody of a government agency or facility; 4) there is evidence of child and/or elderly abuse; 5) Patient's clinical records are requested under court order including a subpoena to which Patient does not object promptly; 6) Patient is referred to a collection agency in order to collect on an overdue account; 7) relevant information during the application process for financial assistance programs such as prescription assistance; 8) to coordinate care with another health care provider, in accordance with HIPAA regulation. The **Notice of Privacy Practices** from Midtown is available to you at any time. This notice provides more detailed information of how Midtown protects your information.

Fees and Insurance

There are fees for all services, and Patient should pay on the day Patient is seen. Health insurance policies may cover a portion of the fees and staff will help Patient in making claims.

_____ (initial) If an appointment is not cancelled at least 24 hours in advance, or I do not show up, I understand I will be charged a ten-dollar (\$10) fee for medical and mental health services and a thirty-five (\$35) fee for dental; this fee is not covered by insurance and will not satisfy any outstanding balance owed to Midtown.

Late Policy

_____ (initial) I understand if I arrive for my or my child's appointment 15 minutes (medical) or 10 minutes (dental) after the scheduled time, my child or I may be rescheduled for a later date and/or time. No fee will be charged or collected in this instance.

By signing this, I assign my insurance benefits to Midtown and agree to pay for all charges not paid by the insurance company. If my account is sent to a collection agency, I agree to pay all reasonable collection and attorney's fees. I certify that to the best of my knowledge, my demographic and insurance information is true and accurate, and that verification of this information may be required at any time for any reason. I understand that Midtown may deny my continued care if this information is found to be incorrect.

Thus, I hereby ask, agree, and consent to evaluation and treatment for myself and/or my child(ren) as set forth above, including any studies or procedures that Midtown professional staff decide are necessary or appropriate. I understand that I agree to be truthful in providing information. I also understand that I must notify Midtown staff about changes in financial status including insurance status. If signing as parent or guardian, I hereby represent and warrant that I am legally empowered and entitled to make such decisions.

Patient Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____

Patient /Guardian Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Consent for Treatment

El centro de salud Midtown (Midtown) ofrece atención médica, servicios de salud dental y mental. Problemas físicos y emocionales a menudo van juntos, nosotros creemos que la mejor atención se da cuando los médicos trabajan juntos. Pacientes de Midtown se pueden referir a los proveedores de otras especialidades médicos dentro del equipo de tratamiento; miembros del equipo de tratamiento compartirán información clínica entre ellas que sea clínicamente necesario.

El personal profesional del centro dependerá de declaraciones hechas por el paciente, historia clínica del paciente y otra información para evaluar su condición y decidir el mejor tratamiento. La evaluación y tratamiento de niños y adolescentes a menudo requiere la participación de los padres y otros miembros de la familia.

Profesiones de la salud no son ciencias exactas y garantías no se hacen sobre el curso o el efecto del tratamiento propuesto por el proveedor ni los resultados del tratamiento. Cualquier duda sobre los beneficios, riesgos, opciones disponibles o los límites de la confidencialidad debe hacerse en el personal de tratamiento.

En el tratamiento de pacientes, estudios, incluyendo rayos x, electrocardiogramas, pruebas de laboratorio y pruebas psicológicas pueden estar justificadas. Medicamentos o anestésicos también pueden ser administrados o prescritos. Hay riesgos implicados en tomar o recibir cualquier medicamento o anestésico y se responderán dudas sobre medicamentos o anestésicos por el personal médico. Paciente acepta los riesgos de la medicación o anestésico y otros.

Privacidad

Información acerca de los pacientes no se dará a cualquier persona exterior Midtown, incluyendo familiares y amigos, a menos paciente (padre o tutor legal, si un menor de edad) le da permiso por escrito. Como un paciente de Midtown, usted tiene derecho a solicitar una copia de sus registros. Paciente puede consentir al lanzamiento de información si el paciente es mayor de 18 años. Sin embargo, podemos divulgar información del paciente a otros sin el permiso del paciente si: 1) paciente representa una amenaza para sí mismo o a otros; 2) el paciente es incapaz de proteger a sí mismo del peligro de daño; 3) paciente se encuentra bajo la custodia legal de un organismo o centro; 4) hay evidencia de niños y/o ancianos abuso; 5) historia clínica del paciente se solicita bajo orden judicial incluyendo una citación para que paciente no objeto puntualmente; o 6) paciente es referido a una agencia de colección para recoger en una cuenta vencida; 7) información durante el proceso de solicitud para programas de asistencia financiera como la asistencia de la prescripción; y 8) para coordinar el cuidado con otro proveedor de atención médica, con arreglo al Reglamento de la ley HIPAA. El **Aviso de prácticas de privacidad** de Midtown está disponible para usted en cualquier momento. Este aviso proporciona información más detallada en cómo se protege su información.

Honorarios y seguros de salud

Existen tarifas para todos los servicios, y el paciente debe pagar el mismo día de la fecha del servicio. Pólizas de seguro de salud pueden cubrir una porción de los honorarios y el personal ayudará al paciente en reclamos.

_____ (inicial) Si una cita no es cancelada con al menos 24 horas de anticipación, entiendo que se cobrará una tarifa de diez dólares (\$10) para los servicios de salud médica y mental y una tarifa de treinta y cinco (\$35) para dental; Esta tarifa no es cubierta por su compañía de seguro médico y no va a satisfacer cualquier balance que tenga con Midtown.

Norma de llegada tarde

_____ (inicial) Entiendo que, si llego más de 15 minutos tarde (medica) o 10 minutos (dental) a mi cita o la cita de mi hijo, es posible que la cita de mi hijo o mía sea reprogramada para una fecha y/u hora posterior. No se hará ningún cargo o cobrará ninguna tarifa en este caso.

Al firmar esto, le otorgo mis beneficios de seguro médico a Midtown y consiento a pagar todos los cargos no pagados por la compañía de seguro médico. Si mi cuenta fuera enviada a una agencia de colección, yo me responsabilizo a pagar todas las tarifas de cobros y los honorarios de abogados. Yo certifico que hasta donde tengo conocimiento mi información demográfica y de seguro médico son verdaderas y exactas, y la verificación de esta información puede ser solicitada en cualquier momento y por cualquier razón. Entiendo que Midtown puede negarse a continuar mi atención si esta información fuese incorrecta.

Así, estoy de acuerdo y doy consentimiento para la evaluación y el tratamiento para mí y mis hijos tal como se establece anteriormente, incluyendo estudios o procedimientos que los profesionales de Midtown decidan como necesarios o apropiados. Entiendo que estoy de acuerdo en ser honesto en la información proveída. También entiendo que debo notificar al personal de Midtown acerca de cambios en nivel de ingreso o estatus de seguro médico. Si firma como padre o guardián, declaro y garantizo que legalmente tengo derecho a tomar tales decisiones.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma del paciente/ guardián _____ Date _____