

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO, FINANCIAMIENTO, HIPAA, SALUD REPRODUCTIVA & CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN EL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Nacimiento del Paciente*

-----  
**TRATAMIENTO Y FINANCIAMIENTO**

Por la presente autorizo a los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook (TCCHC por sus siglas en inglés) a proveer atención médica general, dental y quirúrgica como lo indican los médicos, dentistas, enfermeros practicantes y asistentes del doctor de la clínica. También autorizo el tratamiento de otros profesionales de la salud, incluyendo proveedores contratados tales como dentistas, terapeutas de salud conductual, y aquellos en capacitación bajo la supervisión de un médico.

Por la presente autorizo a los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook de mandar la factura a mi seguro, incluyendo Medicare/Medicaid, por servicios recibidos por mi/el paciente. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a TCCHC. Entiendo que si cualquier seguro médico que he proporcionado a TCCHC resulta ser falso, me haré financieramente responsable de la cantidad total de mi factura. Entiendo que soy financieramente responsable del copago. Además, por la presente autorizó la divulgación de toda la información médica necesaria para asegurar dichos pagos.

-----  
**RECONOCIMIENTO DEL AVISO HIPAA**

*Reconozco haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook.*

-----  
**RECONOCIMIENTO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

*Reconozco haber recibido el aviso de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook.*

-----  
**CONSENTIMIENTO PARA SU HOGAR DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADO EN EL PACIENTE**

Su hogar de atención primaria va a coordinar mejor su cuidado para ayudarle a obtener los servicios que necesita. Van a escuchar sus inquietudes, responder a sus preguntas, ofrecerle ayuda después del horario de atención y alternativas a la sala de emergencias, y ayudarle a desempeñar un papel activo en su salud. He leído y entendido la información sobre el Consentimiento de Atención Primaria Centrada en el Paciente y consiento en ser parte de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook.

-----  
**SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

Cuando pido servicios de salud reproductiva a los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook, entiendo que estoy recibiendo estos servicios voluntariamente.

Entiendo que estos servicios pueden incluir:

- Asesoramiento sobre la salud reproductiva en el control de la natalidad, embarazarse, embarazos saludables y otros temas que sean necesarios;
- Proveyendo un método anticonceptivo;
- Una visita con el médico para una receta y posiblemente un examen físico;
- Pruebas y/ o tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS);

*(Dele vuelta a la página para terminar de leer y firmar este consentimiento)*

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO, FINANCIAMIENTO, HIPAA, SALUD REPRODUCTIVA & CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN EL PACIENTE**

- Pruebas de cáncer del cuello uterino, embarazo y/u otros problemas de salud; y
- Remisiones a otros servicios, si es necesario.

Entiendo que todos los servicios serán explicados, y puedo hacer preguntas.

Entiendo que se me puede dar información sobre métodos anticonceptivos. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier método anticonceptivo que no quiera usar.

---

**SERVICIOS DE SALUD COMPLETOS**

---

Entiendo que no se me negará atención médica si debo dinero de otras visitas.

Entiendo que estos servicios no incluyen atención médica las 24 horas al día, y en caso de una emergencia médica, necesitaré ir a una sala de emergencias y pagar sus costos.

Entiendo que los servicios que recibo y mi expediente médico son privados, excepto

- Si un juez emite una citación para mis registros, los Centros Comunitarios del Salud del Condado de Tillamook están obligados por ley a entregar los registros a la corte.
- Si tengo una enfermedad de notificación obligatoria, los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook deberán reportarlo a la Salud Pública del Estado de Oregón.
- Si el personal de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook se enteran de abuso físico y/o sexual a una persona anciana o una persona menor de 18 años de edad, deberán reportarlo a servicios sociales y agencias policiales. El personal médico de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook son reporteros obligatorios.
- Entiendo que puedo optar por no hablar de información confidencial, como la edad de parejas sexuales, y seguiré recibiendo servicios.

Entiendo que si recibo servicios de salud reproductiva aquí, todavía puedo solicitar o recibir servicios de otros programas. Si recibo atención de otros programas, también puedo obtener servicios en los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook.

Doy mi consentimiento para que los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook tomen una foto de mi o mi hijo/a, para usarla en nuestros expedientes individuales para propósitos de confirmación de identidad.

Por la presente doy mi consentimiento para que el personal y /u otros profesionales de la salud de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook llamen y dejen un mensaje (a menos que se soliciten otras restricciones adicionales) ya sea:

- Con una persona;
- Maquina contestadora; o
- Mensaje de voz en mi casa, trabajo o número de mensaje para recordarme una cita o para reprogramar una cita.

Mi firma abajo reconoce haber recibido y consentido a los consentimientos y servicios anteriores.

---

**Firma del Paciente**

**Fecha**

---

**Firma del Representante del Paciente** *(Si el paciente es menor consentimiento de edad)*

---

**Relación del Representante con el Paciente**