



Rick Scott  
Governor

Steven L. Harris, M.D., M.Sc.  
Interim State Surgeon General

**AUTORIZACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PARA SERVICIOS MEDICOS Y  
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION**

Esta certifica que \_\_\_\_\_ puede participar en el programa de medico primario del Departamento del Condado de Alachua.

El programa del departamento del Salud ofrece los siguientes servicios: Historia médica, exámenes físicos, educación de salud y de nutrición. El departamento de Salud del condado de Alachua utiliza arreglos clínicos con diferentes proveedores médicos

Yo entiendo que con ciertos procedimientos, otras personas diferentes al medico licenciado podría manejar tratamientos u otras actividades pero, todas estas personas estarán completamente entrenadas en su campo y lideradas por un medico licenciado. Al firmar esta; yo doy consentimiento para todos los tratamientos presentes y futuros y medicamentos administrados a mí, mi hijo o la persona que tengo en custodia legal al Departamento de Salud del condado de Alachua.

Yo entiendo que yo podría ser referida(o) para un cuidado especial, pruebas de laboratorio y estudios de diagnostico o por hospitalización para un mas alto nivel de cuidado. Si esto fuera necesario, yo seré responsable del pago de cualquiera de estos servicios prestados. Yo entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Alachua no pagara por las pruebas de laboratorio y/o radiográficas, otra prueba de diagnostico, medicamentos u hospitalizaciones. Estos costos serán responsabilidad del paciente.

Yo he leído y entendido esta forma de consentimiento y por la presente autorizo el pago de mis beneficios médicos al doctor/proveedor por los servicios descritos y todos los reclamos que sean sometidos en mi nombre. Yo también pediré que los beneficios sean pagados en la parte que sean asignados estos reclamos. Yo seré responsable por pagar todos los co-pagos de los seguros y los balances que no hayan sido pagos por parte de mi compañía de seguros. Yo entiendo que las reglas financieras del Departamento de Salud requieren que mi cuenta sea referida a la agencia de colecciones después de tres ciclos de facturación con un saldo no pagado.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy el consentimiento que todos los extractos de los servicios sean enviados a la dirección indicada a continuación.

Rotulo del cliente \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código postal

Firma del Cliente o Guardián \_\_\_\_\_

Rev 04-05-12 rlh