



# INICIO DE LOS SERVICIOS

## **PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: WALTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT

Dirección de la Agencia: 362 STATE HWY 83, DEFUNIAK SPRINGS FL, 32433

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

## **PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).**

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

## **PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare).**

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

## **PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a pagadores externos).**

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

## **PARTE V OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL**

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

## **PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante

\_\_\_\_\_  
Relación propia o del representante con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **PARTE VII REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha