



Health Care for the Homeless

2222 Simon Bolivar Ave.
N.O., LA 70113

1530 Gravier St.
N.O., LA 70112

1111 Newton St.
N.O., LA 70114

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por favor lea atentamente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para ser paciente de las clínicas Health Care for the Homeless (HCH) y doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y dental, así como exámenes para diagnósticos necesarios según el criterio del médico o dentista que se me asigne. ESTOY CONSCIENTE QUE LA PRACTICA DE LA MEDICINA O LA ODONTOLOGIA NO ES UNA CIENCIA EXACTA, Y RECONOZCO QUE NO SE ME HAN DADO GARANTIAS SOBRE EL RESULTADO DE LOS EXAMENES O EL TRATAMIENTO.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

DISTRIBUCION ASIGNACION DE BENEFICIOS: Autorizo pagos directos a HCH, de todos los beneficios médicos, o cualquier decisión que se aplique al tratamiento que se me dé en las clínicas por parte de los proveedores y de los médicos del HCH. Esta autorización se aplica a todos los futuros cambios y honorarios a partir de esta fecha en adelante, a menos que yo la revoque por escrito. EL ABAJOFIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEIDO LO ANTERIOR, COMO PACIENTE; LE AUTORIZO DEBIDAMENTE A HCH PARA QUE EJECUTE LO MENCIONADO Y ACEPTO DICHOS TERMINOS Y CONDICIONES.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE ACCESO A LA INFORMACION: Autorizo a HCH y/o a sus proveedores y médicos a que revelen toda o parte de mis expedientes médicos y/o de facturación a cualquier compañía aseguradora o personas empleadas por la compañía aseguradora con el propósito de cobrar los beneficios de la póliza de seguro y reclamaciones de auditoría, siempre y cuando yo aparezca en la cuenta de la compañía proveedora de seguros como recipiente de cobertura. Esta autorización incluye la divulgación de información a los Planes de Salud de grupo que se apliquen a mi tratamiento. Por la presente indemnifico y libero a HCH y sus proveedores y médicos de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la divulgación de dicha información.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

NOTIFICACION SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD: La Notificación sobre las Normas de Privacidad le informan de qué manera las Clínicas de Servicios Médicos para las Personas sin Hogar (HCH) utilizan y divulgan su información. No todas las situaciones serán descritas. Nosotros estamos obligados a proveerle la notificación sobre las normas de privacidad referentes a la información sobre usted que recopilamos y conservemos.

Yo, _____, he recibido una copia de la Notificación Sobre las Normas de Privacidad y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la manera en que mi información será utilizada y divulgada.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

NORMAS DEL GREATER NEW ORLEANS HEALTH INFORMATION EXCHANGE (GNOHIE) SOBRE LA OPCION DE EXCLUSION VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO AL INTERCAMBIO DE INFORMACION DEL PACIENTE: HCH utiliza el GNOHIE para guardar información del cuidado de salud de los pacientes. El GNOHIE provee un método fácil que permite que su información sea compartida electrónicamente con HCH y otros socios de GNOHIE, y que incluye sus doctores, enfermeras, y otros proveedores de cuidados. Esto permite a los doctores, enfermeras, y otros proveedores de servicios trabajar en conjunto para proveerle cuidados. Usted puede elegir que no se compartan sus expedientes médicos a través de GNOHIE llamando al Servicio de Ayuda al 1-855-446-6443 (1-855-4GNOHIE) o enviando una solicitud electrónica a través de GNOHIE Consent Website, www.gnohie.org. Oprima en “FAQs” para obtener más información. Si es menor de 18 años o tiene tutor legal, sus padres o su tutor deberán presentar de su parte la Exclusión Voluntaria.