

(Patient Label)

Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson (JCDPH, por sus siglas en inglés) para comunicar los detalles de la salud personal, tratamiento o información de facturación utilizando los siguientes métodos de comunicación:

Autorizo a JCDPH para dejar un mensaje detallado en mi número de teléfono proporcionado:

Teléfono de Casa ___ Sí ___ No Dejar Mensaje ___ Sí ___ No

Teléfono Celular ___ Sí ___ No Dejar Mensaje ___ Sí ___ No

Autorizo a enviar cualquier correo a mi dirección proporcionada.

Autorizo a JCDPH a ponerse en contacto con mi contacto de emergencia proporcionado abajo en caso de una emergencia médica. Entiendo que es mi responsabilidad de informarle al JCDPH de cualquier cambios de mi información de contacto de emergencia.

Nombre de Contacto de Emergencia

Relación al Paciente

Número de Teléfono

Al firmar abajo, autorizo el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson para comunicar la información de salud protegida según lo escrito anteriormente y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Además, reconozco que me han dado la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo mi información de salud protegida puede ser usada y divulgada según lo permitido bajo la ley federal y estatal. Entiendo que puedo obtener una copia completa del Aviso de Privacidad para mis registros bajo solicitud en cualquier momento. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Por este medio voluntariamente consiento a los exámenes médicos u otros tratamientos y procedimientos que se consideren necesarios en la opinión de mis proveedores de cuidado de la salud y que no hay garantías o aseguramiento que han sido hecho a mí acerca de los resultados de los exámenes, tratamientos o procedimientos.

Entendido que los resultados de mi Examen de Bienestar y/o Examen Físico serán enviados a mí por correo. Seré responsable de hacer un seguimiento con mi médico en respecto a estos resultados. El Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson no envía una copia por correo a los médicos privados.

Médico de Atención primaria _____ Fecha de la última visita _____

Doy / rechazo mi permiso para que me tomen una foto. Entiendo que el uso de esta fotografía es para el reconocimiento durante mi cita. En cualquier momento en el futuro, puedo pedir que mi fotografía sea quitada de mi registro.

Mi firma reconoce que me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta forma de consentimiento y que me han dado la oportunidad de rechazar cualquier o todos los servicios.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha