**PATIENT CONSENT FORM** **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Patient Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CONSENT FOR TREATMENT.** I voluntarily consent to care and treatment by Adams County Health Center, Inc.**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO.** Voluntariamente consiento a la atención y el tratamiento de Adams County Health Center, Inc. (ACHC) and its affiliated physicians, practitioners, and staff, including but not limited to outpatient medical, dental, therapeutic care, and nursing; diagnostic, laboratory, and radiological tests and procedures; and such other care as deemed reasonably necessary or advisable by the attending provider, practitioner or staff member. (ACHC) y sus médicos afiliados, profesionales y personal, incluyendo pero no limitado a médicos ambulatorios, atención terapéutica dental y de enfermería;, diagnóstico de laboratorio y pruebas radiológicas y procedimientos, y otros cuidados que se estime razonablemente necesario o conveniente por el proveedor de asistentes, médico o miembro del personal. If ACHC personnel suffer a needle stick or are exposed to blood or body fluids, I consent to the testing for any blood-borne disease for the protection of ACHC personnel. Si el personal de ACHC sufrir un pinchazo o están expuestos a sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para las pruebas de que ninguna de enfermedades transmitidas por la sangre para la protección del personal ACHC.

**ADVANCE DIRECTIVES.** Please indicate whether the Patient has executed an advance directive, eg: **ANTICIPADAS** Sírvanse indicar si el paciente ha ejecutado una instrucción anticipada, por ejemplo:

[ ] Living Will [ ] Durable Power of Attorney [ ] POST [ ] Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Vida Voluntad [ ] Carta Poder Perdurable del Fiscal [ ] POST [ ] Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] I have not executed an Advance Directive. [ ] No se ha ejecutado una directiva anticipada.

**CONDITIONS FOR TREATMENT AT ACHC.** In consideration for the care and treatment that I will receive or have received at ACHC, I agree to the following:**PARA EL TRATAMIENTO EN ACHC. CONDICIONES** En consideración por el cuidado y tratamiento que se reciben o han recibido en ACHC, estoy de acuerdo a lo siguiente:

**1.1.** **Patient Responsibilities.** I agree to comply with the Patient Responsibilities set forth in ACHC's separate Notice of Privacy Practices, as well as those outlined within this consent. **Responsabilidades del Paciente.** Estoy de acuerdo en cumplir con las responsabilidades del paciente se establece por separado en la ACHC Aviso de prácticas de privacidad, así como los descritos en este consentimiento.

**2.** **2.** **Payment.** I agree that I am responsible for any co-payments, deductibles or other charges for services that are not paid by insurance, government programs, or other payers, except as prohibited by applicable law or any agreement between my insurance company and ACHC. **Pago.** Estoy de acuerdo que soy responsable por cualquier co-pagos, deducibles y demás gravámenes por servicios que no son pagados por el seguro, los programas de gobierno, o los contribuyentes, excepto que esté prohibido por la ley aplicable o cualquier otro acuerdo entre mi compañía de seguros y ACHC. I acknowledge payment for all department services rendered (clinic, lab, x-ray, behavioral health, physical therapy) is due at time of service, unless payment arrangements have been made with the Accounts Receivable Coordinator. Yo reconozco el pago de todos los servicios prestados departamento (clínica, laboratorio, rayos X, salud mental, terapia física, dental, optometria) se debe al momento del servicio, a menos que los arreglos de pago se han hecho con el Coordinador de Cuentas por Cobrar. There are no exceptions to this. No hay excepciones a esto. Insurance is gladly billed as a courtesy to our patients when we are provided with current information. El seguro se factura como cortesía a nuestros pacientes cuando recibimos información actualizada de manera oportuna. Acceptable forms of payment are: cash, personal or company check, credit or debit card (Visa or MasterCard only), personal money order or cashier's check. Formas de pago aceptadas son: efectivo, cheque personal o de empresa, tarjeta de crédito o débito (Visa o MasterCard), orden de pago de personal o cheque de caja.

In the case of minor children, the adult who brings the child to his/her appointment is responsible for payment of the account.En el caso de hijos menores de edad, el adulto que trae al niño / a su nombramiento haya sido responsable por el pago de la cuenta.

**3.3.** **Assignment.** I hereby assign and authorize direct payment to ACHC of any payments or other benefits to which I may be entitled from any government program, insurance company, or other entity that is or may be liable for costs associated with care. **Asignación.** Por la presente asigno y autorizo el pago directo a ACHC de los pagos u otros beneficios a los que me pueden tener derecho de cualquier programa de gobierno, compañía de seguros u otra entidad que sea o pueda ser responsable de los costes asociados con la atención. I agree that this assignment will not be withdrawn or voided at any time until my account is paid in full. Estoy de acuerdo en que esta cesión no será retirado o anulado en cualquier momento hasta que mi cuenta está pagada en su totalidad. Please note, we cannot accept responsibility for collecting an insurance claim after 60 days, or for negotiating a disputed claim. Tenga en cuenta que no podemos aceptar la responsabilidad de recoger un reclamo de seguro después de 60 días, o para negociar un crédito en litigio. Insurance reimbursement is a contract between the patient, their employer, and the insurance carrier. reembolso El seguro es un contrato entre el paciente, su empleador, y la compañía de seguros.

**4.4.** **Billing Practices.** I understand and agree that any quote of charges for services rendered and/or insurance benefits available are estimates based upon the best information available at the time. **Prácticas de facturación.** Yo entiendo y acepto que cualquier cita de los cargos por los servicios prestados y / o beneficios de seguros disponibles son estimaciones basadas en la mejor información disponible en el momento. ACHC may amend such quotes and I will be responsible for charges for services actually rendered. ACHC podrá modificar tales cotizaciones y yo seré responsable de los gastos por servicios efectivamente prestados. Where insurance is available, ACHC will bill and allow a reasonable time for the insurance company to pay. Cuando el seguro está disponible, se ACHC proyecto de ley y permitir un tiempo razonable para la compañía de seguros a pagar. I will be responsible for any amount not covered by insurance. Yo seré responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro. Should payment not be received, I will be billed for all charges and interest. Si el pago no sea recibido, se le facturará por todos los cargos e intereses. Payment is due upon receipt of the bill. El pago se efectuará a la recepción de la factura.

**NO GUARANTEE.** I understand and agree that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made to me regarding the results my care or treatment at ACHC.**SIN GARANTÍA.** Yo entiendo y acepto que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías a mí con respecto a los resultados de mi atención o tratamiento en la ACHC.

**PERSONS FOR WHOM ACHC IS NOT LIABLE.** I understand that ACHC is only responsible for the acts of its employees acting within the scope and course of their duties.**PERSONAS PARA QUE NO ES RESPONSABLE ACHC.** Entiendo que ACHC sólo es responsable de los actos de sus empleados actúen en el ámbito de aplicación y ejercicio de sus funciones. I understand that persons who are not employed by ACHC may be involved in my care or treatment, including but not limited to independent contractors, vendors, or product technicians. Entiendo que las personas que no son empleados de ACHC pueden estar implicados en mi atención o tratamiento, incluyendo pero no limitado a contratistas independientes, vendedores, técnicos o producto. I understand that ACHC is not liable for the acts or omissions of non-employees or ACHC employees acting outside the course and scope of their duties. Entiendo que ACHC no se hace responsable por los actos u omisiones de los que no son empleados o empleados ACHC actuando fuera del curso y el alcance de sus funciones.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.** I have received a copy of ACHC's Notice of Privacy Practices on this or a prior occasion.**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** He recibido una copia del Aviso de ACHC de prácticas de privacidad en este o una ocasión anterior. [Please Initial]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Por favor Inicial]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I have fully read, understand, and agree to this Consent and Conditions of Treatment.He leído completamente, entender, y estoy de acuerdo con este consentimiento y condiciones de trato. I certify that I am either the Patient or the Patient's legally authorized representative, and have authority to execute this Consent and Agreement on behalf of Patient. Yo certifico que soy el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente, y tiene autoridad para ejecutar este Consentimiento y Acuerdo en nombre de los pacientes. I have had the opportunity to ask questions concerning this Consent and Conditions of Treatment and have had my questions answered to my satisfaction. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento y condiciones de tratamiento y han tenido respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

(Print Name)          (Date) (Nombre) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Signature) (Firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship to Patient/Authority Relación con el Paciente, la Autoridad

**CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR QUE EL MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRA PERSONA INVOLUCRADA EN LA ATENCIÓN O EL PAGO ACCEDA A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Las personas que se enumeran a continuación son miembros de la familia de otras personas que participan en el cuidado de la salud del paciente o en el pago de la atención médica. Doy permiso a ACHC para divulgar la información de salud protegida del paciente a dichas personas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre: | Relacion: | Número De Teléfono: | |  |  |  | |  |  |  |   Además de las personas mencionadas anteriormente, hay o pueden haber otras personas involucradas en la atención médica del paciente o el pago de la atención médica. Este consentimiento no tiene la intención de limitar la autoridad de ACHC para divulgar información de salud protegida a otras personas en la medida permitida por la ley aplicable, que incluye pero no se limita a 45 CFR 164.510.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Fecha  *Si está firmado por un representante personal:*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Imprimir el nombre del representante personal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autoridad del Estado del Representante Personal o relación con el paciente. |  |  |

http://www.google.com/images/zippy_plus_sm.gifContribute a better translation