



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO/SERVICIOS

Nombre del Paciente/Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para participar y recibir servicios para mí, o para mi hijo, proporcionado por Christian Community Health Center (CCHC) que se considere necesario. Entiendo que estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a: evaluación inicial y continua, planificación individual de servicios/cuidado, referidos, tratamiento y servicios de apoyo.

Por la presente solicito y consiento a los siguientes servicios: *(por favor revise todos los servicios que está solicitando)*

- | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Gestión de Casos | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | | <input type="checkbox"/> Educación de Salud | <input type="checkbox"/> Grupos de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para el Transporte | | <input type="checkbox"/> Servicios de Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA (incluye pruebas) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Huella | | | |
| <input type="checkbox"/> Exámenes médicos- exámenes (incluyendo pruebas de ETS), procedimientos/tratamientos | | | |
| <input type="checkbox"/> Exámenes dentales- procedimientos y tratamientos | | | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) |

También doy mi consentimiento para la administración de vacunas infantiles y/o adultas según lo diseñado y aplicable.

Me han informado de la naturaleza y la disponibilidad de los servicios mencionados y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

Reconozco que ninguna garantía me ha sido dada por nadie en CCHC con respecto a los resultados de pruebas, exámenes, tratamientos, inmunizaciones, procedimientos o cualquier otro servicio que se proporcione. También entiendo que mi acceso y la continuación de los servicios identificados con CCHC pueden depender de cualquiera de los siguientes: criterios de elegibilidad, disponibilidad de fondos, estado de seguro/ingreso y/o otro programa de pautas de fuente de financiamiento.

Derechos de Denegar El Tratamiento: al dar mi consentimiento al tratamiento, entiendo que retengo el derecho de rehusar cualquier examen particular, examen (incluyendo el VIH y/o pruebas de ETS), procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o considerada médicamente necesaria por mi proveedor o equipo de cuidado. Al hacerlo, se me puede pedir que firme un comunicado para rechazar el tratamiento. Si se ha rechazado una prueba de VIH o de ETS, no se realizará.

Cláusula de Exclusión: No deseo recibir los siguientes exámenes/procedimientos

También entiendo y doy mi consentimiento a lo siguiente con respecto a la información de mi hijo/a:

- Puede ser entrado en la gerencia de la práctica de CCHC, la salud electrónica/el expediente dental o el otro sistemas electrónicos de computadora que los programas utilizan;
- Autorizo a terceros/auditores externos a ver mi información personal de salud para propósitos de evaluación del programa; así como CCHC para operaciones de atención de la salud, garantía de calidad y propósitos de facturación;
- Soy responsable de los costos/cuotas incurridos en el momento del servicio requerido por los programas; y lo no cubierto por mi compañía de seguros u otro pagador aprobado/designado; y,
- Yo indemnizaré y mantendré inofensivo a CCHC y a todos sus oficiales, agentes, empleados, abogados, directores, aseguradores, afiliados, redes de salud y asignados de cualquier y toda responsabilidad por actuar en dependencia de este consentimiento.

Al firmar abajo, reconozco que he leído este formulario de consentimiento, o me han leído el formulario de consentimiento; y entiendo y estoy de acuerdo/consentimiento a todas las disposiciones aquí contenidas.

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

Relación con el cliente (si corresponde)

Firma del Testigo

Fecha

- **Consentimiento expirará un año después de la fecha anterior**