

JASPER NEWTON CONDADO DISTRITO SANITARIA CONSENTIMIENTO Y REVELACION GENERALES

La información en este consentimiento es dada para que será informado mejor acerca de la asistencia médica le atiende a recibirá. Después de que esté seguro que comprende la información que será dada acerca de los servicios y, si concuerda en recibir los servicios, debe firmar esta forma para indicar que comprende y consiente a los servicios.

JASPER NEWTON CONDADO DISTRITO SANITARIA (JNCPHD) favorece a individuos a buscar a un médico personal para exámenes periódicos de salud y para el tratamiento de problemas de salud. Los servicios del dispensario de JNCPHD son concentrados en principalmente hacia prevención de problemas de salud entre los que no pueden conseguir acceso a un médico. JNCPHD no puede asumir la responsabilidad para el pago del cuidado médico recibido fuera de este dispensario, inclusive la entrega de bebés, a menos que autorización anterior haya sido dada.

La DENEGACION EN LA INVESTIGACION: JNCPHD utiliza pruebas que investigación, que es una manera de encontrar a personas que pueden desarrollar cierto problems. médico común. Investigación pruebas son valioso porque pueden encontrar temprano-antes que de enfermedad que llega a ser un problema grande de la salud. La investigación pruebas no cubren todas las enfermedades y pueden perder algunas enfermedades que son supuestos encontrar, así que los resultados de prueba no son sólo un partes finales y de un examen completo. La investigación pruebas le pueden poner sobre aviso para conseguir inmediatamente un examen y el tratamiento médico forma un dispensario de médico o salud de su elección..

EI CONSENTIMIENTO GENERAL: Doy permiso a JNCPHD, su personal designado y otro personal médico que proporcionan servicios bajo su patrocinio para realizar evaluaciones o exámenes físicos, el laboratorio de conducto u otras pruebas (**que puede incluir probar de VIH**), dar inyecciones, las medicinas, y otros tratamientos, y rendir otros servicios de sanidad al paciente identificado en esta forma.

EI CONSENTIMIENTO ADICIONAL: Además del consentimiento general antes mencionado, yo comprendo que formas especiales de consentimiento deben ser leídas y firmaron para los procedimientos siguientes; medicinas para la tuberculosis y la enfermedad de Hansen, los métodos de Inmunizaciones y planificación familiar.

EI SENO Y los SERVICIOS CERVICALES del CANCER CONSENTEN: Doy consentimiento a JNCPHD para entrar o ver los datos en el Medicamento-Lo a todo el estado de base de datos.

La NOTA de la INTIMIDAD: Reconozco que he recibido una copia de Nota de Intimidad de **HIPAA de JNCPHD**.

La REVELACION DE INFORMACION de SALUD: JNCPHD puede revelar información de salud sobre usted: - Cuando una ley requiere el uso de revelación. - Proporcionar, coordinar, o para manejar asistencia médica o servicios relacionados. Esto incluye le le proporcionando el cuidado a usted, consultando con otro proveedor de asistencia médica acerca de usted, y le refiriéndose a otro proveedor de la asistencia médica. - A una administración sanitaria pública para el propósito de prevenir o controlar la enfermedad. - A una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad transmisible o que está en peligro de contratar o esparcir una condición de la enfermedad.

Las PREGUNTAS: Certifico que esta forma ha sido explicada completamente a mí, que alguna línea en blanco ha sido llenada y que cualquier pregunta que he tenido acerca de los servicios ha sido contestada a mi satisfacción. **La SECCION de FIRMAS** yo: Llene líneas en blanco con NA si no aplicable

El Nombre del paciente _____ Signature _____ de Paciente

La persona Autorizó a Consentir (si no Paciente) la Relación _____

La Fecha de Signature _____

Disminuyo VIH que prueba en este momento. Si eso es el caso, inicial aquí: _____

La SECCION de FIRMAS II: Certifico que la persona que tiene el poder de consentir no puede ser contactada y no se ha opuesto anteriormente al servicio para ser solicitado.

El Nombre del paciente: Nombre _____ de Persona que Da Consentimiento: _____

La firma: la Relación _____ a la Fecha del Paciente _____ :

El Número de teléfono de Address: _____

La SECCION de FIRMAS III

La Fecha del consejero Signature _____ :