

Family Health Center of Southern Oklahoma

Patient Consent

Date: _____

Time: _____

I, _____, (the _____ of _____), hereby consent voluntarily to outpatient care encompassing diagnostic procedures, examination and medical treatment, including (but not limited to) routine lab work (such as blood, urine and other studies), heart tracing and administration of medication prescribed by the physician. Also, consent is given for examination by a physician assistant or nurse practitioner as is necessary in the medical staff's judgment.

I further consent to photographs or x-rays necessary for diagnosis and for educational purposes.

I further consent to immunizations and/or screening exams (including PPD test, Influenza, Pneumococcal) for my child or myself.

I understand only appropriately trained personnel will do these procedures.

I agree to be photographed for identification purposes.

Release of Information: I authorize the Family Health Center of Southern Oklahoma to release medical information to third party insurance carriers for the purpose of filling insurance claims related to my medical care. I also authorize payment directly to Family Health Center of Southern Oklahoma but not to exceed the customary for those services. Further, I agree to pay the balance not covered by insurance in the manner agreed upon at the time of my income review.

I hereby authorize clinic personnel to disclose medical information on the above named patient to the following family members: (name and relationship) _____

I also give consent for information regarding my immunizations to be released to other health care providers, schools, day care and/or Department of Human Services. **The information authorized for release may include records which may indicate the presence of a communicable or noncommunicable disease.** Payment history may also be released.

I understand that this consent form will be valid and remain in effect as long as I use the clinic, or until revoked in writing.

This form has been fully explained to me and I understand its contents.

Acknowledgement of Privacy Practice: A complete description of how your medical information will be used and disclosed by this facility is in our **Notice of Privacy Practices**.

Comments: _____

If patient is a minor or is unable to consent, complete the following:

_____ A. Patient is a minor

Name of Father: _____ Name of Mother: _____

_____ B. Patient is unable to consent because: _____

I HAVE RECEIVED FHCSO's NOTICE OF PRIVACY PRACTICE AND PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES.

Initial

Signature of Patient or Authorized Representative

Clinic Representative

Signature of Responsible Party

Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional

Consentimiento Del Paciente

Fecha: _____

Hora: _____

Yo, _____, (el/la _____ de _____,) doy consentimiento por este medio voluntariamente al cuidado de paciente no internado que abarca los procedimientos de diagnóstico, examinación y tratamiento médico, incluyendo (pero no limitado a) trabajos de laboratorio rutinario (tal como sangre, orina y otros estudios), trazos del corazón y la administración de los medicamentos prescritos por el médico. También, doy consentimiento a la examinación por los ayudantes del médico o por el personal designado por el médico como sea necesario basado en el juicio del personal médico.

También doy mi consentimiento para que tomen fotografías o radiografías necesarias para diagnosticar y para propósitos educativos.

También doy mi consentimiento a inmunizaciones y/o exámenes de detección (pruebas incluyendo PPD, gripe, Pneumoccal) para mi niño o para mí mismo.

Entiendo que solamente personal apropiadamente entrenado hará estos procedimientos.

Estoy de acuerdo que se me tomen fotografías para propósitos de identificación.

Divulgación de información: Autorizo al Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional que divulgue mi información médica a los portadores de seguro de tercera persona con el fin de demandas de seguro relacionadas con mi asistencia médica. También autorizo el pago directo al Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional pero que no exceda la cantidad acostumbrada de esos servicios. Además, estoy de acuerdo en pagar el balance no cubierto por la compañía de seguro de la manera que fue acordada al tiempo de mi revisión de impuestos.

Autorizo por este medio al personal de la clínica de divulgar información médica sobre el paciente nombrado arriba solo a los siguientes miembros familiares: _____

También doy el consentimiento para que información con respecto a mis inmunizaciones sea divulgada a otros proveedores de salud, escuelas, guarderías y/o a departamentos de servicios humanitarios. **La información autorizada para divulgar puede incluir los expedientes que pueden indicar la presencia de enfermedades contagiosas o no contagiosas.** El historial de pago también puede ser liberado.

Entiendo que este consentimiento será válido y efectivo mientras utilice la clínica, o hasta que sea revocado por escrito.

Esta forma se me ha explicado completamente y entiendo su contenido.

Reconocimiento de las prácticas de privacidad: Una descripción completa de cómo su información médica será utilizada y divulgada por este edificio será proporcionada en el aviso de **práctica de privacidad**.

Comentarios: _____

El paciente es menor o no puede dar consentimiento complete lo siguiente:

_____ A. el paciente es menor

Nombre del padre: _____ nombre de la madre: _____

_____ B. el paciente no puede dar su consentimiento porque: _____

**Yo He Recibido la notificación de privacidad de FHCSO
Y los derechos y responsabilidades del paciente.**

Iniciales

Firma del paciente o representante autorizado

Representante de la clínica

Firma del partido responsable