



Pueblo Community Health Center

Consentimiento para recibir Tratamiento/Facturación (Favor de llenar una solicitud por paciente)

Yo autorizo la divulgación de Información de Salud Protegida necesaria para obtener pago, proveer tratamiento y para llevar a cabo operaciones del cuidado de salud así descritas en las Notificaciones de las Prácticas de Privacidad de la Clínica Pueblo Community Health Center.

Yo apruebo a que los médicos atiendan mis condiciones médicas, mentales y/o dentales.

Yo autorizo pago de beneficios de la Clínica de Pueblo Community Health Center por los servicios rendidos y estoy de acuerdo en pagar todo el balance adeudado incluyendo costos de colección.

Doy mi consentimiento para que me contacten por correspondencia, por correo electrónico o en mi teléfono (incluyendo mi celular) acerca de cualquier trato relacionado con mi cuenta en donde yo aparezca como garante para la Clínica Pueblo Community Health Center, sus sucesores o agencias externas asignadas por la Clínica Pueblo Community Health Center. Este consentimiento incluye las actualizaciones o información de contacto que yo actualice e incluyen llamadas que utilice la tecnología de un auto-marcador o mensajes pregrabados. Este consentimiento aplica a todos los proveedores de salud en la Clínica Pueblo Community Health Center. Si yo deseo revocar el consentimiento de llamar a mi celular, estoy de acuerdo en notificar sobre la revocación enviándola por correo a Pueblo Community Health Center, 110 E Routt Ave. Pueblo, CO 81004

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente

Firma del Padres/Tutor

Nombre de Padres/Tutor (Letra de Molde)

Fecha de la Firma

Consentimiento para recibir Tratamiento/Facturación debe ser firmada anualmente por el paciente

AUTHORIZED USE ONLY

Staff Initials: _____

Dept: _____

Date sent to Medical Records: _____

Med Rec Clerk Initials: _____

Scanned Date: _____