



# Consentimiento para obtener servicios Notificación de prácticas de privacidad Autorización para informar al seguro



**Public Health**  
Prevent, Promote, Protect.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  M  F  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ No Hispano  
Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA OBTENER SERVICIOS

Solicito y accedo a cualquier revisión, prueba y tratamiento médicos que los empleados del Departamento de Salud del Condado de Vanderburgh consideren necesarios. Entiendo que mi tratamiento estará basado en mi historial médico (que podrá incluir mi historial sexual), reconocimiento físico y pruebas de laboratorio, y que es importante que dé información precisa. Entiendo que tengo el derecho a ser informado sobre servicios específicos y procedimientos, incluyendo también información sobre los riesgos, ventajas y alternativas de cada servicio propuesto en mi tratamiento. Entiendo que podría haber un costo por los servicios recibidos.

Los servicios pueden incluir, pero no están limitados a: vacunas, un chequeo de la piel y prueba de la tuberculosis (TB), un chequeo de la presión sanguínea, un chequeo de enfermedades de transmisión sexual, una prueba de VIH, una prueba del índice de plomo en la sangre, una extracción de sangre para comprobar los niveles de colesterol/glucosa/lípidos, una extracción de sangre, medicamentos, o una prueba de embarazo.

(Iniciales) Para ciertas enfermedades, es necesario que proveamos evaluación, tratamiento, u otros servicios en su casa. En muchos casos, estas visitas requieren cita previa, pero es importante que tengamos su consentimiento por escrito para poder entrar en su casa o en su propiedad al proveer estos servicios. Al escribir sus iniciales aquí, indica que nos da su consentimiento para entrar en su casa si es necesario asistirle a usted o a su hijo/a. *Si da su consentimiento, escriba sus iniciales aquí.*

(Iniciales) ¿Daría usted permiso para que un estudiante pueda observar o participar en su cuidado? *Si da su consentimiento, escriba sus iniciales aquí.*

Al firmar aquí, atestiguo que todas las declaraciones anteriores y que todas las preguntas relacionadas con mi historial médico serán veraces y en la medida de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o del padre/madre/tutor, si el cliente es un menor)  mismo  padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha

Traduje este documento de forma íntegra para el paciente anteriormente mencionado después de haber indicado que entiende la información provista.

Firma del Traductor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

