INICIO DE SERVICIOS

PARTES. **CONSENTIMIENTO DE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR**

Nombre del cliente; _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

Doy mi consentimiento para comenzar una relación entre el cliente y el proveedor. Autorizo al Departamento de Salud y sus representantes a proveer servicios de atención de la salud de rutina. Entiendo que la atención de la salud de rutina es confidencial y voluntaria y podría suponer visitas a consultorios clínicos, lo que incluye obtener mi historia clínica, exámenes, la administración de medicamentos, pruebas de laboratorio o procedimientos menores. Puedo discontinuar la relación en cualquier momento.

PARTE II. **CONSENTIMIENTO A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** (solo para fines de operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud)

Autorizo a que se utilice y divulgue mi información médica, que incluye registros dentales, información sobre VIH/SIDA, ETS, TB, prevención del abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y administración del caso, para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud.

PARTE III. **COMUNICACIONES**

Entiendo que el Departamento de Salud (DOH) de Florida utiliza un portal de los pacientes para comunicarse conmigo sobre la atención de mi salud. Para recibir comunicaciones electrónicas sobre la atención de mi salud, debo brindarle mi dirección de correo electrónico al departamento, y luego me contactarán por correo electrónico para que cree una cuenta en el portal.
Entiendo que debo aceptar los términos y condiciones de uso asociados con el portal cuando cree mi cuenta. Entiendo que el portal está protegido con contraseña y que soy responsable de mantener la confidencialidad de mi nombre de usuario y contraseña, y de todas las actividades que se realicen a través de mi cuenta en el portal. Entiendo que recibiré correos electrónicos que me avisarán que el DOH ha enviado información al portal.
_____Coloque sus iniciales aquí para autorizar y dar su consentimiento expreso al DOH para que ponga su información médica a su disposición mediante el portal.
Dirección de correo electrónico: _____
Entiendo que tengo el derecho de detener la participación en el portal en cualquier momento, ya sea eliminando mi dirección correo electrónico o cerrando mi cuenta en el portal.

_____Coloque sus iniciales aquí para eliminar su dirección de correo electrónico del sistema del DOH y dejar de recibir información por el portal.

PARTE IV. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE** (Solamente aplica a Clientes de Medicare)

Como el Cliente/Representante que firma al pie, certifico que la información que brindé al presentar una solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios/aseguradoras para este reclamo o un reclamo relacionado bajo Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para recibir su pago.

PARTE V. **CESIÓN DE BENEFICIOS** (Solamente aplica a Terceros Pagadores)

Como el Cliente/Representante que firma al pie, cedo a la agencia arriba nombrada todos los beneficios brindados conforme a cualquier plan de atención de la salud o póliza de gastos médicos. La suma de dichos beneficios no superará los cargos médicos establecidos por el cronograma de gastos aprobados. Todos los pagos en virtud de este párrafo deben realizarse a la agencia anterior. Soy personalmente responsable de cubrir los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE VI. **RECOPILACIÓN, USO O EXONERACIÓN RESPECTO DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL**

(Esta notificación se proporciona de conformidad con el Artículo I 19.071(5)(a), Normas de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del seguro social a los fines de la identificación y la facturación, según lo autorizado por los artículos 119.07 I(5)(a) 2.a. y I 19.071(5)(a)6., Normas de Florida. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento para la recopilación, el uso o la divulgación de mi número del seguro social solo a los fines de la identificación y la facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números del seguro social por parte del Departamento de Salud de Florida es imprescindible para el desempeño de los deberes y las responsabilidades, según lo exigido por la ley.

PARTE VII. **MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA EL INFORME ANTERIOR Y EL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

_____

Firma del Cliente/Representante del Cliente | Relación propia o del representante con el cliente | Fecha

_____

Testigo (opcional) | Fecha

PARTE VIII. **RETIRO DEL CONSENTIMIENTO**

I. _____RETIRA SU CONSENTIMIENTO, a partir del_____

Firma del Cliente/Representante del Cliente | Fecha

_____ _____

Testigo (opcional) | Fecha

Nombre del cliente: _____
Record #:_____
Fecha de nacimiento: _____

Original al archivo; copia al cliente.