



Salud Pública – Seattle y el condado de King

**Aviso de prácticas de privacidad
Acuse de Recibo — Sírvase Firmar Abajo**

HIPAA exige que pongamos a su disposición este Aviso de Prácticas de Privacidad. Le solicitamos firmar y fechar este formulario. Al hacerlo, usted reconoce que ha recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Ello no implica que usted está de acuerdo con su contenido.

Por lo general, los padres firman por sus hijos cuando son menores de edad (menores de 18 años). Se hace excepción cuando el/la menor busca los siguientes servicios: planificación familiar, pruebas y tratamientos para enfermedades transmitidas sexualmente, tratamiento ambulatorio de salud mental o tratamiento ambulatorio de abuso de alcohol y drogas. Bajo ley estatal, los menores pueden consentir a su propio tratamiento para estos servicios. En estos casos, se les pedirá a ellos que firmen este formulario por sí mismos

Para más información, sírvase leer el documento anexo, Aviso de Practicas de Privacidad.

El que se suscribe ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Seattle — King County Department of Public Health).

Firma:

	Firme

Fecha
(mm/dd/aaaa)

**Parentesco con
el/la Paciente:**



Salud Pública – Seattle y el condado de King

Consentimiento para Facturación y Tratamiento

Acuse de Recibo — Sírvase Firmar Abajo

Liberación de Pago de Prestaciones y Revelación de Información:

Mis prestaciones de seguro médico se pueden pagar directamente a mi proveedor de servicios médicos. Estoy consciente de que seré financieramente responsable de cualquier saldo adeudado en mi cuenta después de que mi seguro ha sido facturado. Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Salud Pública) puede revelar a la compañía de seguro cualquier información médica que sea necesaria para pagar este reclamo. He proporcionado información exacta y verdadera a Salud Pública.

Entiendo que algunos programas de Salud Pública no me van a cobrar por los servicios médicos. Esto significa que no seré responsable de la cantidad que aparece en mi cuenta.

Consentimiento para Tratamiento:

Le doy consentimiento a mi proveedor de servicios médicos para desempeñar los procedimientos médicos/dentales como mi proveedor considere recomendable.

Firma:

		Firme
--	--	--------------

Fecha
(mm/dd/aaaa)

**Parentesco con
el/la Paciente:**