

Nombre del cliente:	ID:	Fecha:
----------------------------	------------	---------------

Reconocimiento de aviso de privacidad

Entiendo y acepto que el Departamento de Salud del condado de DuPage puede usar o divulgar mi información de salud protegida por los motivos resumidos en el *Aviso de prácticas de privacidad*. Los motivos del uso o divulgación de mi información de salud protegida pueden incluir, pero no estar limitados a mi tratamiento, pago de mi tratamiento o para operaciones de atención médica. Entiendo que, según aplique, la Ley de Confidencialidad de la Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois, la Ley de Confidencialidad del SIDA de Illinois, la Ley de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual de Illinois, el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) parte 2 y otras disposiciones de privacidad estipulan requisitos adicionales para el uso o divulgación de mi información de salud protegida y pueden requerir autorización adicional.

Autorización de cesión de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios correspondientes se realice en mi nombre al Departamento de Salud del condado de DuPage y por este medio autorizo dicho pago por servicios proporcionados por el Departamento de Salud del condado de DuPage y/o sus representantes o personas designadas.

Consentimiento para tratamiento

Autorizo cualquier prueba y/o tratamiento que el Departamento de Salud del condado de DuPage, a través de sus profesionales médicos, determine que pueda ser necesario o beneficioso para mi salud. Entiendo que no se pueden garantizar los resultados de tales pruebas o tratamientos. Entiendo que tengo el derecho de negarme a cualquier prueba o tratamiento hasta donde lo permita la ley que aplique. Entiendo que es posible que personal de atención médica en capacitación y bajo supervisión pueda observar o participar en cualquier prueba o tratamiento que el Departamento de Salud del condado de DuPage, a través de sus profesionales médicos, determine que pueda ser necesario o beneficioso para mi salud y acepto tal observación o participación. Entiendo, según corresponda, todos los riesgos y los costos involucrados en el tratamiento, incluyendo la naturaleza del tratamiento, los tratamientos alternativos y los beneficios y riesgos potenciales del tratamiento.

No doy mi consentimiento para pruebas del VIH (optar por no participar)

He leído este formulario de consentimiento y/o me explicaron este formulario de consentimiento y entiendo el contenido. Acepto todos los términos y condiciones establecidos arriba.

Cliente **Padre/madre** **Tutor legal**

Firma	Nombre en letra de molde	Fecha
Nombre		
Testigo		

Si no se obtiene la aceptación, marque uno de los siguientes motivos:

- Situación de emergencia del cliente, se intentará después
- Tratamiento requerido por ley
- Barrera de comunicación sustancial
- Prueba anónima

Intento realizado en (fecha) ____/____/____ en (lugar) ____.

Explicación de lo anterior (naturaleza de la emergencia/ley que requiere la divulgación/barrera de comunicación):

Firma del personal	Nombre en letra de molde	Fecha

Copia a Recursos Humanos Atención: Encargado de Privacidad

Nombre del cliente:	ID:	Fecha:
----------------------------	------------	---------------