

CONDADO DE ROCKINGHAM  
DIVISION DE SALUD PUBLICA

Escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Términos y Condiciones para nuestros clientes /  
Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Está disponible una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la División de Salud Pública del Condado de Rockingham.
- Sobre las sanciones prescritas por la ley, por la presente afirmo que, a mi leal saber y entender, esta declaración de ingresos es verdadera y correcta.
- Un revisor estatal puede verificar la información en la declaración de ingresos y acepto proporcionar los registros financieros necesarios para llevar a cabo la revisión.
- Mis ingresos pueden ser verificados por mi empleador y/u otras fuentes y por la presente autorizo a mi empleador y/u otras fuentes a divulgar dicha información con el fin de verificar mis ingresos y recursos.
- Las tarifas por los servicios pueden reducirse o anularse tras la verificación de la elegibilidad de ingresos. Además, soy consciente de que tengo 10 días hábiles para presentar mi verificación de ingresos.
- Si solicito una visita confidencial, la agencia me recomienda realizar pagos mensuales en mi factura.
- Se espera el pago de los servicios en el momento del servicio. Como cortesía, es posible que se facture a mi seguro.
- Mi firma servirá como "firma registrada" legal a los efectos de presentar mis reclamos de seguro y pago de beneficios médicos por los servicios prestados.
- Como parte de la visita, algunos servicios de laboratorio no se pueden completar en la clínica. Es posible que reciba una factura de la empresa de laboratorio externa y seré responsable del costo de cualquier servicio de laboratorio.
- **Si soy menor de 18 años y he proporcionado la información de ingresos/seguro de mis padres/tutor para fines de facturación, acepto discutir todas las tarifas/seguro/facturación y la información de pago con ese padre o tutor.**
- Doy voluntariamente mi consentimiento para que la División de Salud Pública del Condado de Rockingham use y/o divulgue información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, que pueden incluir información de naturaleza privada y sensible (como enfermedades de transmisión sexual).
- Doy mi consentimiento voluntariamente para exámenes, tratamientos y procedimientos médicos que se consideren necesarios en opinión de mi médico y proveedores de atención médica, incluidos VIH y pruebas de laboratorio.
- Mi información médica es estrictamente confidencial y está protegida por el Estatuto General 130A-143 de Carolina del Norte.
- Mi firma reconoce que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario de consentimiento y la oportunidad de rechazar servicios para mí o como representante personal verificado de la persona que está siendo atendida.
- Puedo recibir recordatorios de citas por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto.
- Este consentimiento es válido por un año a menos que sea revocado por escrito.

¿Podemos facturar a su seguro si su diagnóstico y/o tratamiento incluyen servicios de ETS?

Sí, doy permiso

No, doy permiso

**Su información médica de RCDHHS se comparte con la Autoridad de Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte (HIEA). Si desea excluirse de HIEA, solicite el formulario de exclusión voluntaria con un miembro del personal.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Personal Verificado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha