



Community Health Centers, Inc.  
 110 S Woodland St  
 Winter Garden, FL 34787  
 (407) 905-8827 (352) 314-7400  
 WWW.CHCFL.ORG

## Formulario de Consentimiento Consolidado

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo al marcar cada casilla que he leído y/o me han entregado una copia de los siguientes documentos:

- Acuerdo de pago
- Aviso de las Prácticas de Privacidad
- Folleto del centro médico/dental
- Resumen de la Florida Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Prácticas financieras y procedimientos de
- Directivas avanzadas de atención médica: el derecho del paciente a decidir y la política de CHC

Community Health Centers (CHC), Inc. utilizará una cámara web para capturar la imagen de sus pacientes (y del padre o tutor si es un paciente pediátrico) para proteger su identidad, información médica privada y garantizar una atención clínica precisa. La imagen es únicamente para fines de identificación y permanecerá dentro del registro médico electrónico del paciente.

**Como un Federally Qualified Health Center, CHC, Inc. está cubierto por el Federal Tort Claims Act.**

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Por este medio doy mi consentimiento voluntario para que CHC, Inc. proporcione evaluación, tratamiento y terapia según se considere necesario a (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, incluida la obtención de información de prescripción externa. Autorizo a CHC, Inc. a divulgar la información adecuada sobre las vacunaciones a las escuelas para la admisión según lo exige la ley y a los siguientes: Seguro Social, los Centros para Medicare y Medicaid /o sus intermediarios (Medicaid /Medicare), o cualquier otra compañía de compensación seguros para fines de facturación.
2. Entiendo que es obligatorio notificar a CHC, Inc. sobre cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar al paciente antes mencionado.
3. Autorizo a CHC, Inc. a divulgar a mi compañía de seguros y sus agentes cualquier información relacionada con la atención médica, asesoramiento, tratamiento, suministros proporcionados o suministros necesarios para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
4. Autorizo al proveedor a realizar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otra ayuda de diagnóstico que se considere apropiada para completar un diagnóstico exhaustivo de las necesidades del paciente. También entiendo que todas las radiografías y ayudas de diagnóstico son propiedad de CHC, Inc. y que las copias solicitadas se pondrán a disposición a un costo razonable según lo permita la ley.
5. Además, autorizo al proveedor a elegir y emplear la asistencia que considere apropiada. También entiendo que el uso de agentes anestésicos representa un riesgo potencial.
6. Entiendo que puedo recibir mensajes de CHC por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico. Si desea cancelar su participación en cualquier momento, comuníquese con un miembro del equipo de CHC. Pueden aplicarse tarifas estándar por datos y envío de mensajes.
7. La información anterior es verdadera y prometo notificar a CHC, Inc. sobre cualquier cambio en mi historial médico tan pronto como ocurra.

---

Nombre impreso de la persona que otorga el consentimiento	Firma de la persona que otorga el consentimiento	Fecha
---	--	-------

---

### Parentesco con el paciente:

- Paciente     
  Padre     
  Tutor legal     
  Persona autorizada



Community Health Centers, Inc.  
 110 S Woodland St  
 Winter Garden, FL 34787  
 (407) 905-8827 (352) 314-7400  
 WWW.CHCFL.ORG

## Consentimiento para la Divulgación de Información del Paciente

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de información de las Prácticas de Privacidad de Community Health Centers, Inc. Este aviso describe cómo Community Health Centers, Inc. puede utilizar y divulgar mi información privada de salud, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud, y los derechos que pueda tener con respecto a mi información privada de salud

En ciertas ocasiones Community Health Centers (CHC), Inc tendrá que comunicarse con usted o cuando usted lo permita con los miembros de su familia o amigos para tener acceso a la información sobre su atención médica. A excepción de lo permitido por la ley federal, **No vamos a dejar mensajes, ni divulgar ninguna información a ninguna persona, excepto según lo autorizado por usted.**

Por favor indicar el numero de opción apropiado para cada individuo enumerado en este formulario a continuación.

1. Citas (fechas, horarios, localidad, proveedor, razón)
2. Tratamiento (recetas, renovaciones de medicamentos, diagnósticos, procedimientos, etc)
3. Procedimiento y resultados
4. Facturación e información de pago
5. Todas las anteriores

Nombre de la persona(s) autorizada	Numero de opcion	Número de teléfono	Relación a mi
Nombre de la persona(s) autorizada	Numero de opcion	Número de teléfono	Relación a mi
Nombre de la persona(s) autorizada	Numero de opcion	Número de teléfono	Relación a mi
Nombre de la persona(s) autorizada	Numero de opcion	Número de teléfono	Relación a mi

**Entiendo que este consentimiento es válido a menos que sea revocada por mí en cualquier momento.**

Nombre del paciente	fecha de nacimiento
Escriba nombre de la persona dando consentimiento	fecha
Firma de la persona dando consentimiento	

**Mi relación al paciente es:**

- Paciente       Tutor legal



Community Health Centers, Inc.  
 110 S Woodland St  
 Winter Garden, FL 34787  
 (407) 905-8827 (352) 314-7400  
 WWW.CHCFL.ORG

## Autorización para el tratamiento de un menor

Yo /Nosotros, \_\_\_\_\_, el (los) tutor(es) natural(es) como se define en s. 744.301 (1), Florida Statutes; [ ] custodio(s) legal(es); [ ] tutor(es) legal(es) de los siguientes menores de edad:

Nombre del niño	Fecha de nacimiento
-----------------	---------------------

de conformidad con s. 765.2035, los Florida Statutes, designan a la siguiente persona para que actúe como mi/nuestro sustituto para tomar las decisiones de atención médica para dichos menores, en el caso de que yo/nosotros no podamos o no estemos razonablemente disponibles para dar el consentimiento para tratamiento médico y quirúrgico y procedimientos de diagnóstico:

Nombre	Dirección, Código Postal	Teléfono
--------	--------------------------	----------

Si mi/nuestro sustituto de atención médica designado para un menor no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para realizar sus funciones, yo/nosotros designamos a la siguiente persona como mi/nuestro sustituto de atención médica alternativo para un menor:

Nombre	Dirección, Código Postal	Teléfono
--------	--------------------------	----------

Yo/Nosotros, autorizamos y solicitamos a Community Health Centers, Inc. que siga las instrucciones de mi/nuestro sustituto o sustituto alternativo, según sea el caso, en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, con respecto al tratamiento médico y quirúrgico y procedimientos de diagnóstico para un menor, siempre que la atención médica y el tratamiento de cualquier menor se realicen con el asesoramiento de un médico con licencia.

Yo/nosotros entendemos completamente que esta designación permitirá que mi/nuestra persona designada tome decisiones de atención médica para un menor y proporcione, retenga o retire el consentimiento en mi/nuestro nombre, para solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención médica, y para autorizar la admisión o transferencia de un menor hacia o desde un centro de atención médica para tratamiento médico o dental. Como estas personas actuarán en mi nombre, también acepto eximir de responsabilidad a Community Health Centers, Inc. (no emprenderá acciones legales) por las decisiones que hayan tomado las personas nombradas con respecto a la atención médica de mi hijo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Yo/nosotros notificaremos y enviaremos una copia de este documento a las siguientes personas que no sean mi/nuestro sustituto, para que puedan conocer la identidad de mi/nuestro sustituto:

Nombre	Nombre
--------	--------

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo 1: \_\_\_\_\_ Testigo 2: \_\_\_\_\_



## Niveles de Ingresos

### Veá si usted califica para descuentos en sus servicios médicos!

Usted podría calificar para descuentos aun cuando tenga seguro médico – descuentos se aplicarán a sus copagos y deducibles.

- 1) Encuentre la cantidad de miembros que componen su familia en la columna de la izquierda; siga la línea hasta donde encuentre el total de su ingreso familiar anual.
- 2) Haga un círculo en esa columna.
- 3) Un representante de servicio al cliente le dirá si usted califica para descuentos en sus servicios.

### Tabla Federal de Ingresos (actualizada anualmente)

Tamaño de la Familia	Escala A		Escala B		Escala C		Escala D		Escala E		Escala F	
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta
1	\$0	\$12,760	\$12,761	\$15,950	\$15,951	\$19,140	\$19,141	\$22,330	\$22,331	\$25,520	\$25,521 & over	
2	\$0	\$17,240	\$17,241	\$21,550	\$21,551	\$25,860	\$25,861	\$30,170	\$30,171	\$34,480	\$34,481 & over	
3	\$0	\$21,720	\$21,721	\$27,150	\$27,151	\$32,580	\$32,581	\$38,010	\$38,011	\$43,440	\$43,441 & over	
4	\$0	\$26,200	\$26,201	\$32,750	\$32,751	\$39,300	\$39,301	\$45,850	\$45,851	\$52,400	\$52,401 & over	
5	\$0	\$30,680	\$30,681	\$38,350	\$38,351	\$46,020	\$46,021	\$53,690	\$53,691	\$61,360	\$61,361 & over	
6	\$0	\$35,160	\$35,161	\$43,950	\$43,951	\$52,740	\$52,741	\$61,530	\$61,531	\$70,320	\$70,321 & over	
7	\$0	\$39,640	\$39,641	\$49,550	\$49,551	\$59,460	\$59,461	\$69,370	\$69,371	\$79,280	\$79,281 & over	
8	\$0	\$44,120	\$44,121	\$55,150	\$55,151	\$66,180	\$66,181	\$77,210	\$77,211	\$88,240	\$88,241 & over	
Ingreso Máximo en base al % de Pobreza	0-100%		101%-125%		126%-150%		151%-175%		176% 200%		>200%	
Descuento	100%										0%	
Tarifa nominal	Escala A solamente											
Médico	\$20 (costos mínimos por servicios de laboratorios, procedimientos serán adicionales)											
Dental	\$25 (costos por servicios de laboratorios dental y procedimientos dental serán adicionales)											
Optometría	\$40 (costos por la montura, el lente y polarizados serán adicionales)											

Para las familias compuestas por más de 8 miembros, sume \$4,480 por cada miembro adicional.

- Rehuso a su solicitud de detalles de mi ingreso. (Al rehusar proveer los detalles de mi ingreso, estoy también rehusando a la opción de aplicar para el programa de Escala de Descuento médico/dental que se ofrece en Community Health Centers, Inc., por lo tanto, estoy aceptando completa responsabilidad financiera por los cargos generados en mi visita, incluyendo cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro de salud. Así mismo estoy de acuerdo en pagar el balance en su totalidad).
- Estoy facilitando los detalles de mis ingresos, sin embargo, rehuso a la opción de aplicar al programa de Escala de Descuento Médico/Dental/Optométrica que se ofrece en Community Health Centers, Inc. (Al rehusar aplicar para la Escala de Descuento estoy aceptando completa responsabilidad financiera por los cargos generados en mi visita, incluyendo cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro de salud. Así mismo estoy de acuerdo en pagar el balance en su totalidad).
- Estoy facilitando los detalles de mis ingresos y deseo aplicar para el Programa de Escala de Descuento Médico/Dental/Optométrica que se ofrece en Community Health Centers, Inc. (Se le pedirá completar la forma de aplicación para la Escala de Descuento, prueba del ingreso declarado en el cuadro de ingresos, prueba de donde reside/vive y una identificación con fotografía).

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Firma del empleado

Fecha



Community Health Centers, Inc.  
 110 S Woodland St  
 Winter Garden, FL 34787  
 (407) 905-8827 (352) 314-7400  
 WWW.CHCFL.ORG

## Income Attestation - Self Declaration

*Testimonio DE Ingreso - Autodeclaracion*

*Atèstasyon Revni - Deklarasyon Pèsonèl*

I, \_\_\_\_\_, do hereby declare the following annual income: \$\_\_\_\_\_. I understand that by declaring the above income, I may be granted a three (3) Month period of eligibility on the Community Health Centers, Inc. sliding fee scale program. This eligibility will be based on the income stated above. I understand that after this three (3) Month eligibility period expires I will be required to provide documentation of income (or lack thereof) in order to maintain the previously determined status. Failure to produce any such documentation will result in a designation of Full Fee status. (Examples of such documentation include, but are not limited to, pay stubs, W-2's, Medicaid Denial, food stamps documentation, etc.). I understand that I may only self-declare my income one time every three (3) years at Community Health Centers, Inc.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente declaro el siguiente ingreso anual: \$\_\_\_\_\_. Entiendo que al declarar el ingreso mencionado, se me puede conceder un período de tres (3) meses de elegibilidad en el programa de la escala de descuentos de Community Health Centers, Inc. Esta elegibilidad se basará de acuerdo a estos ingresos. Entiendo que después de que se venza este período de tres (3) meses de elegibilidad se me requiere proveer documentación de ingreso (o falta de ella) con el fin de mantener el status determinado previamente. Falta de dicha documentación resultará en el Pago Completo por los servicios. (Ejemplos de documentación incluye, pero no se limita a, talonarios de pago, formularios W-2 (impuestos), carta de negación de Medicaid, documentación de cupones de alimentos, etc.) Entiendo que sólo puedo declarar mis ingresos una vez cada tres (3) años en los centros de Community Health Centers, Inc.

Mwen, deklare pa mwayen sa a revni anyèl ki annapre a: \$\_. Mwen konprann ke lè mwen deklare revni ki mansyone pi wo a, Mwen kapab benefisyè de yon peryòd de twa (3) mwa kote m ka kalifye pou pwogram tarif degresif nan Community Health Centers, Inc. la. Kalifikasyon sa a pral baze sou revni ki endike pi wo a. Mwen konprann ke apre twa (3) mwa peryòd m kalifye a ekspire mwen pral oblije bay dokiman sou revni (oswa si m pa te fè sa) yon fason pou m ka kenbe estati m te genyen anvan an. Si w pa bay youn nan dokiman sa yo, sa pral lakòz deziyasyon yon estati Frè konplè. (Egzanp dokiman sa yo genyen ladan yo, men se pa sa sèlman, souch chèk, W-2 a, Refi Medicaid, dokiman kupon pou manje, elatriye). Mwen konprann ke mwen ka sèlman deklare revni pou pwòp tèt pa m yon sèl fwa chak twa (3) zan nan Community Health Centers, Inc.

**By signing below, I agree with the above requirements and expectations.**

***Al firmar, estoy de acuerdo con los requisitos anteriores y las expectativas.***

***Lè m siyen anba a, mwen dakò ak egzijans ansanm ak atant ki mansyone pi wo yo.***

\_\_\_\_\_  
**Name of Patient**

*Nombre del Paciente*

*Non Pasyan an*

\_\_\_\_\_  
**Patient/Praent/Guardian Signature**

*Firma del Paciente/Padre / Tutor Legal*

*Non Siyati ak dat Pasyan / Paran / Gadyen*

\_\_\_\_\_  
**Date**

*Fecha*

*Dat*

\_\_\_\_\_  
**Name of Witness**

*Nombre del Testigo*

*Non Temwen an*

\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**

*Firma del Testigo*

*Siyati Temwen*

\_\_\_\_\_  
**Date**

*Fecha*

*Dat*