



CONSENT FOR EXAMS- TESTS-TREATMENT-SERVICES-RELEASE OF HEALTH & INSURANCE INFORMATION

YOUR NAME: \_\_\_\_\_ CHILDS NAME: \_\_\_\_\_

CLIENT'S Date of Birth: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY)

PLEASE READ THE FOLLOWING INFORMATION CAREFULLY

This consent indicates that you or your child may be examined, have appropriate tests, receive treatments and/or minor procedures, receive referrals and/or receive any other services by a person authorized by the Division of Public Health, (DPH). You have reviewed the DPH policy on chaperones and discussed it with the children.

You certify that you are (circle one): Client Parent Legally Authorized Representative

CONSENT TO PARTICIPATE IN HEALTH INFORMATION EXCHANGE

Receipt of Notice of Patient Privacy Practices (Acknowledgement)

By signing this Agreement, you acknowledge the Notice of Patient Privacy Practices.

Health Information Exchange-

Delaware's Health Information Exchange Network, (DHIN), allows health care providers to share health care information about patients electronically for several purposes, such as treatment, quality assurance and state law reporting requirements. Understand that if you go to a Delaware Health & Social Services, (DHSS), Division of Public Health, (DPH), facility, staff may get a copy of health care information electronically through various health information exchange connections with other health care providers.

By signing this consent, you consent to the use and release of all health care information for treatment, payment and health care operations, among the affiliated entities of the Delaware Health & Social Services, Notice of Patient Privacy Practices, as amended from time to time.

ADDITIONAL INFORMATION TO BE EXCLUDED: \_\_\_\_\_

Assignment of Benefits and Medical Records release to Delaware Health and Social Services, Division of Public Health-

Signing this consent gives authorization for the following: any insurance benefits are to be paid directly to DHSS; the release of pertinent medical information to insurance carriers; the responsibility to pay for non-covered services; to release and hold harmless the State of Delaware, DHSS, DPH and its agents and/or staff from any liability for any injuries suffered as a result of any exams, test, treatment, and/or services rendered; the consent to taking samples, cultures, or lab tests that they deemed necessary; the chance to correct and change information to make sure it is correct and complete; to know what information is being disclosed.

I have read this form and/or if requested, had it read to me. Any disclosure of my Protected Health Information (PHI) carries with it the potential for disclosure by the recipient and the PHI may not be protected by the Federal Privacy rules.

This consent shall apply to all Division of Public Health Services for a period of one year from the date of signature and can be revoked, in writing, at any time.

Please note receiving family planning services is not a prerequisite for you to receive any other services offered by DPH.

Printed Name of Client/Parent/Representative Signature of Client/Parent/ Representative Date

Printed Name of Staff/Agent Signature of Staff/Agent Date

**CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES, ANÁLISIS, TRATAMIENTOS, SERVICIOS, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DEL SEGURO**

SU NOMBRE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL MENOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

**LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

Este consentimiento indica que se puede examinar a usted o a su hijo, que se les pueden realizar los análisis adecuados, que pueden recibir tratamientos y procedimientos menores, que se los puede derivar o que pueden recibir cualquier otro servicio por parte de una persona autorizada por la División de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés). Revisó la política de la DPH sobre los acompañantes y habló con sus hijos acerca de ella.

Certifica que es (marque con un círculo la opción que corresponda): Cliente    Padre    Representante autorizado legalmente

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Paciente (Acuse de recibo)**

Al firmar este contrato, acusa recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Paciente.

**Intercambio de información de salud-**

La Red de Intercambio de Información de Salud de Delaware (DHIN, por sus siglas en inglés) les permite a los proveedores de atención médica compartir información de atención médica sobre los pacientes de manera electrónica para diversos fines, como tratamientos, control de calidad y requisitos de información de las leyes estatales. Tenga en cuenta que si concurre a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware (DHSS, por sus siglas en inglés) en un centro de la DPH, el personal puede obtener una copia de la información de atención médica de manera electrónica a través de diversas conexiones de intercambio de información de salud con otros proveedores de atención médica.

Al firmar este consentimiento, autoriza el uso y la divulgación de toda la información de atención médica para el tratamiento, el pago y para operaciones de atención médica entre las entidades afiliadas de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Paciente de los DHSS, con sus eventuales modificaciones.

**INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DEBE EXCLUIRSE:** \_\_\_\_\_

**Cesión de beneficios y divulgación de registros médicos a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware, División de Salud Pública**

Firmar este consentimiento otorga autorización para lo siguiente: todo beneficio del seguro se pagará directamente a los DHSS; la divulgación de la información médica pertinente a las compañías de seguro; la responsabilidad de pagar servicios no cubiertos; la exención y exoneración de responsabilidad del estado de Delaware, los DHSS y la DPH y sus agentes y personal por lesiones sufridas como resultado de todo examen, análisis, tratamiento o servicios prestados; el consentimiento para tomar muestras, cultivos o análisis de laboratorio que se consideren necesarios; la posibilidad de corregir y modificar información para garantizar que es correcta y está completa; conocer qué información será divulgada.

Leí este formulario o le pedí a alguien que me lo lea. Toda divulgación de mi información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conlleva la posibilidad de divulgación por parte del receptor, y es posible que las normas de privacidad federal no protejan la PHI.

Este consentimiento se aplicará a todos los servicios de la DPH por un período de un año desde la fecha de firma y puede revocarse, por escrito, en cualquier momento.

Nota: Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito previo para que reciba cualquier otro servicio ofrecido por la DPH.

Nombre en imprenta del cliente/padre/representante	Firma del cliente/padre/representante	Fecha
Nombre en imprenta del empleado/agente	Firma del empleado/agente	Fecha