
Apellido Primer Nombre Iniciales



Macon County
Public Health

Fecha de nacimiento

“Aviso de normas de Privacidad”

Al firmar abajo, estoy reconociendo que:

Yo soy el paciente o representante legal de paciente y he recibido una copia de “aviso de normas de Privacidad” de la Salud Publica del condado de Macon. Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el “aviso” si tengo preguntas del contenido de este “Aviso”.

Yo entiendo que si los servicios se prestan a mí y yo no soy elegible para el seguro, al tiempo de servicios seré responsable de los gastos ocasionados durante la visita.

Todos los números de teléfono proporcionados pueden ser propensos a recibir llamadas telefónicas de un marcador automatizado mediante un mensaje de voz pregrabados, artificial o una llamada de operador vivo. Doy consentimiento expreso para recibir esas llamadas, incluyendo llamadas hechas al número de teléfono celular que les he proporcionado.

Yo autorizo la liberación de cualquier medico/dental u otra información necesaria para procesar esta solicitud de pago. Solicito el pago de beneficios para la salud pública del condado de Macon y entidades asignadas a proveedores de servicios.

OR

Yo tengo seguro médico/dental pero elijo no tenerlos facturados por los servicios de hoy.

Firma del paciente o padre/guardián legal/persona legalmente responsable

Fecha

Relación con el paciente

*To Be Completed by Staff
Complete all applicable parts – Please refer to instructions*

Part 1. Complete if signature requested but not obtained:

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient’s personal representative for the following reason:

- Patient/personal representative refused to sign form
- Other _____

Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:

- Form mailed/sent to patient/personal representative on _____ (Date)

Signature of staff member

Date