



Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Account Number: _____
--

		Initial	Date												
1. Consent for Treatment I hereby consent and authorize treatment at Premier Community Healthcare Group Inc,(PCHG), for myself, the patient.															
2. Consent for Treatment of a Minor I, as the parent or legal guardian, do hereby give my consent and authorization for treatment of my child _____. Furthermore, I grant permission for the following individuals to authorize Medical/Dental treatment in my absence.															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Relationship</th> <th>Contact Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Name	Relationship	Contact Number											
Name	Relationship	Contact Number													
3. Medical Home I choose to participate in the patient centered medical home program. A Patient Centered Medical Home is not a building, house or hospital, but rather an approach to providing total health care. A Medical Home is called a "Home" because we'd like this office to be the first place you think of for all your health care needs.															
4. Release of Information Protected health care information may be released to any person or entity liable for payment on the patient's behalf in order to verify coverage or any other purpose related to benefit payment. If I am covered by Medicaid, Medicare or other Health Plan, I authorize the release of protected health care information to the appropriate agency for payment of the claim. The information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, drug and alcohol treatment and discharge summary. Federal and state laws may permit this facility to participate in organizations with other health care providers, insurers, and/or health care industry participants and their subcontractors in order for these individuals and entities to share my health information with one another to accomplish goals that may include but not limited to: improving the accuracy and increasing the availability of my health records, decreasing the time needed to access my information, continuity of care; and such other purposes as may be permitted by law. I understand this facility may be a member of such organizations. This consent specifically includes information concerning psychological conditions, psychiatric conditions, intellectual disability conditions, genetic information, chemical dependency conditions and/or infectious diseases including, but not limited to, blood borne diseases such as HIV and AIDS. I hereby authorize the practice and the physicians or other health professionals involved in my care to release health care information for purposes of treatment, payment and/or health care operations.															

		Initial	Date												
<p>5. Disclosure to Family Members and/or Friends</p> <p>I give permission for my protected health information to be disclosed for purposes of coordination health care needs, communicating results, findings and care decisions to the family members and/or friends listed below:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Relationship</th> <th>Contact Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>** You have the right to revoke whom we talk with about your health care at anytime. You must sign a new consent.</p>		Name	Relationship	Contact Number											
Name	Relationship	Contact Number													
<p>6. Patient Rights & Responsibilities, HIPAA, Financial Policy & Patient Centered Medical Home</p> <p>These documents are posted in the lobby and on our website: www.premierhc.org. I acknowledge that I have received or have been allowed to view a copy of each and understand and agree to the terms set forth in the policies.</p>															
<p>7. Emergency Contact</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Relationship</th> <th>Contact Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Name	Relationship	Contact Number											
Name	Relationship	Contact Number													
<p>8. Notice of Policy Regarding Advanced Directives (for patients over 18 years of age)</p> <p>Advanced Directives are legal statements that indicate the type of medical treatment desired or not desired in the event an individual is unable to make decisions as well as who is authorized to make them. Advance directives are made and witnessed prior to serious injury or illness.</p> <p>In accordance with federal and state law, this serves as notification that we will set aside your advanced directives in the event you experience a life threatening event while at one of the PCHG locations and you will be transferred to a higher level of care, i.e. hospital.</p> <p>Please indicate below whether or not you have an advanced directive or if you would like to receive information on advanced directives.</p> <p><input type="checkbox"/> I have an advanced directive.</p> <p><input type="checkbox"/> I do not have an advanced directive.</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to receive information on advanced directives.</p>															
<p>9. Residents and Students</p> <p>I understand that Premier Community HealthCare Group, Inc., supports education of medical/dental professionals and maintains residents and students that may assist in relation to your care.</p>															

By signing below, I agree and understand this notification.

Patient Signature

Date

Signature of Parent or Patient's Representative

Date

Care Team Member Signature: _____ Office Use Only Date: _____



Nombre de Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero De Cuenta: _____

	Inicial	Fecha												
<p>1. Consentimiento para Tratamiento Yo por el presente consiento y autorizo el tratamiento con Premier Community Healthcare Group Inc, (PCHG), para mí, el paciente.</p>														
<p>2. Consentimiento para el Tratamiento de un Menor de Edad Yo, como padre, representante or guardian legal, por la presente doy mi consentimiento y autorización para el tratamiento de mi hijo(a)_____. Por otra parte, concedo el permiso a los siguientes individuos para autorizar tratamiento médico o dental en mi ausencia.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Relación</th> <th>Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Relación	Número de Teléfono											
Nombre	Relación	Número de Teléfono												
<p>3. Como su Proveedor Médico Yo decido participar en el cuidado medico centrado en el paciente.</p> <p>Un hogar médico centrado en el paciente no es un edificio, una casa o un hospital, sino más bien un enfoque para proporcionar atención médica integral.</p> <p>Un hogar médico se llama "hogar" porque quisiéramos que esta oficina fuera el primer lugar que usted piensa para todas sus necesidades del cuidado médico.</p>														
<p>4. Divulgación de Información Información médica protegida de salud que puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente con el fin de verificar la cobertura o cualquier otro propósito relacionado para beneficiarse del pago.</p> <p>Si estoy cubierto por Medicaid, Medicare u otro plan de salud, autorizo la divulgación de la información médica protegida de salud a la agencia apropiada para el pago de la reclamación. La información puede incluir, sin limitación, la historia y el físico, registros de emergencia, informes de laboratorio, tratamiento de drogas y alcohol y el informe de alta.</p> <p>Las leyes federales y estatales pueden permitir esta facilidad para participar en organizaciones con otros proveedores de atención de salud, compañías de seguros, y/o participantes de la industria de cuidado de la salud y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades que comparten mi información médica entre sí para lograr las metas que pueden incluir, pero no limitado a: la mejora de la precisión y el aumento de la disponibilidad de mi historia clínica, disminuyendo el tiempo necesario para acceder mi información, la continuidad de la atención médica; y aquellos otros propósitos que pueden ser permitidos por la ley. Entiendo que este centro puede ser un miembro de dichas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente la información relativa a las condiciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, las condiciones de dependencia de sustancias químicas y/o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, las enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.</p> <p>Por la presente autorizo la práctica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en mi cuidado para liberar la información de atención de salud para propósitos de operaciones de atención médica, de tratamiento, y/o pago o cobro.</p>														

			Inicial	Fecha												
<p>5. Divulgación de Información a miembros de la Familia o Amigos Yo doy permiso de mi información médica y protegida de salud a revelarse para fines de necesidades de salud, comunicación de resultados, conclusiones y decisiones sobre la atención a los miembros de la familia o amigos a continuación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Relación</th> <th>Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><i>** Usted tiene el derecho de revocar a quienes hablamos con cuidado de su salud en cualquier momento. Usted debe firmar un nuevo consentimiento.</i></p>			Nombre	Relación	Número de Teléfono											
Nombre	Relación	Número de Teléfono														
<p>6. Derechos y Responsabilidades del Paciente, HIPAA, Política Financiera y El Cuidado Médico Centrado en el Paciente Estos documentos se publican en el vestíbulo y en nuestra página web: www.premierhc.org. Yo reconozco que ha recibido o ha podido ver una copia de cada uno de estos documentos y entiendo y acepto los términos establecidos en nuestras políticas.</p>																
<p>7. Contacto de Emergencia</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Relación</th> <th>Número de Teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Nombre	Relación	Número de Teléfono											
Nombre	Relación	Número de Teléfono														
<p>8. Notificación de Políticas de aviso de política con respecto a Directivas Anticipadas (para pacientes mayores de 18 años) Directiva Anticipadas son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico, deseado o no deseado en caso de que un individuo es incapaz de tomar decisiones así como quién está autorizado para hacerlas. Directivas Anticipadas están fabricadas y atestiguadas antes de lesiones graves o una enfermedad.</p> <p>Acuerdo con la ley federal y estatal, esto sirve como notificación que fijaremos a un lado tus Directiva Anticipadas en caso de que experimenta un evento grave o serio, mientras que en uno de los centros de Premier y se transferirá a un nivel superior de atención, es decir, a un hospital.</p> <p>Por favor indique si o no usted tiene una Directiva Anticipadas o si le gustaría recibir información sobre Directivas Anticipadas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo una Directiva Anticipadas. <input type="checkbox"/> No tengo una Directiva Anticipadas. <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir información sobre las Directivas Anticipadas.</p>																
<p>9. Residentes y Estudiantes Yo entiendo que Premier Community HealthCare Group, Inc., apoya la educación de profesionales médicos o dentales y mantiene a los residentes y los estudiantes que pueden ayudar en relación con la atención médica o su cuidado.</p>																

Al firmar abajo, usted acepta y entiende esta notificación.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Paciente o Representante del Paciente (si aplica)

Fecha

Care Team Member Signature: _____ Office Use Only Date: _____