

(PLACE "C" LABEL HERE)

Consent Form for Use and Disclosure of Protected Health Information

By signing this Consent Form, you give us permission to use and disclose protected health information about you for services, payment, and healthcare operations except for any restrictions specified below to which we have agreed. *Protected health information* is individually identifiable information we create or receive, including demographic information, relating to your physical or mental health, to provision of healthcare services to you, and to the collection of payment for providing healthcare services to you.

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. You have the right to receive a copy of our Notice of Privacy Practices before signing this Consent Form. As provided in our Notice, the terms of the Notice of Privacy Practices may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our information privacy officer, the Administrator or Designee who is also available to respond to any questions or receive any complaints you may have concerning your protected health information.

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment, or healthcare operations. *We are not required to agree to any restrictions, but if we do, we are bound by our agreement.* If you wish to make a restriction, please request a copy of our Form to Request Restrictions.

If you do not sign this Consent Form, we have the right to refuse you services unless a licensed healthcare professional has determined that you require emergency treatment or we are required by federal or state regulation or policy to serve you. We are required to document any circumstances in which we do not obtain your consent, yet carry out the services. We will offer you a copy of this documentation should you decide not to sign this Consent Form.

You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made disclosures based on your prior consent. You may request to use our Authorization for Release of Information Form for purposes of requesting your revocation, or you may simply send us a letter in writing.

PRINT PARENT, PROXY OR CARETAKER'S NAME IF SIGNING FOR PATIENT

PRINT RELATIONSHIP TO PATIENT

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, PROXY OR CARETAKER DATE

WOODFORD COUNTY HEALTH DEPARTMENT
229 NORTH MAIN STREET
VERSAILLES, KY 40383

PLACE "C" LABEL HERE

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Firmando este formulario de consentimiento, nos da permiso para usar y divulgar información de salud protegida sobre usted para servicios, pagos y operaciones del cuidado médico, con excepción de las restricciones especificadas a continuación a las que hemos acordado. *Información protegida de salud* es información identificable individualmente que creamos o recibimos, incluye información demográfica relacionada con su salud física o mental para la provisión de servicios de atención médica para usted y el cobro de pagos por proporcionarle servicios de atención médica.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este formulario de consentimiento. Según lo dispuesto en nuestro Aviso los terminos del Aviso de privacidad pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede recibir una copia comunicandose con un oficial de privacidad de informacion, el Administrador o la persona designada que también está disponible para responder cualquier pregunta o recibir cualquier queja que puede tener sobre su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos cómo se usa o se divulga la información médica protegida sobre usted talez cómo pagos u operaciones de atención médica. *No estamos obligados a aceptar ninguna restricción, pero si aceptamos, estamos limitados al acuerdo.* Si desea hacer una restricción, solicite una copia de nuestro formulario para solicitar restricciones.

Si usted no firma este formulario de consentimiento, tenemos derecho a rechazar a darle el servicio a menos que un profesional de la salud con licencia haya determinado que necesita tratamiento de emergencia o es requerido por regulación estatal o federal nos exija que le brindemos servicios. Estamos obligados a documentar cualquier circunstancia en la que no obtengamos su consentimiento pero realicemos los servicios. Le ofreceremos una copia de esta documentación si decide no firmar este formulario de documentación.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones basadas en su consentimiento previo. Puede solicitar el uso de nuestro formulario de autorizaoión de divulgación de información para solicitar su revocación o simplemente puede enviarnos una carta por escrito.

IMPRIMA LA FIRMA DE LOS PADRES, PROXY O CUIDADOR, NOMBRE SI ES FIRMADO POR EL PACIENTE

IMPRIMA LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE, PADRES, PROXY O CUIDADOR

FECHA