



First Choice Health Centers, Inc.
94 Connecticut Boulevard
East Hartford, CT 06108

Name: _____

Date of Birth: _____

Patient's consent to treatment and for the provider to use and disclose protected health information for treatment, payment and operations purposes.

Subject to the statements below, I the undersigned patient consent to treatment by First Choice Health Centers, Inc. ("Provider"), and hereby authorize Provider to use and disclose my medical information including, if applicable, dental, protected drug and/or alcohol abuse, and confidential HIV-related information ("Protected Health Information") for treatment, payment and health care operations purposes. My consent includes the release of such information to process claims to my insurance company. I authorize direct payment from my insurance company to Provider. If at any time I decide I want to file my own claims, I understand that payment in full will be required at the time of service. I also understand that I will be financially responsible for all charges incurred. The Provider's Notice of Privacy Practices further explains how Provider may use and disclose my Protected Health Information. I have received a copy of the Notice of Privacy Practices today or at an earlier date.

I have read and understand and agree with the above paragraph and I certify that all the information provided to me is true and complete.

Patient's Signature, or Signature of Patient's Representative, as applicable.

Date

ANY INFORMATION RELEASED BY PROVIDER TO AUTHORIZED PERSONS IS SUBJECT TO THE FOLLOWING NOTICES:

Drug and Alcohol Abuse Information:

In the event that information released is protected by the HHS Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records regulations:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

HIV-Related Information:

In the event that information released constitutes confidential HIV-related information protected under Connecticut law:

This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by said law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.



First Choice Health Centers, Inc.
94 Connecticut Boulevard
East Hartford, CT 06108

Name: _____ Date of Birth: _____

Consentimiento del paciente al tratamiento y para el proveedor de utilizar y divulgar información, de salud protegida para tratamiento, pago y objetivos de operaciones.

Sujeto a las declaraciones siguientes, Yo el paciente consiento a tratamiento por First Choice Health Centers, Inc. ("Proveedor"), y por este medio autorizo al proveedor de utilizar y divulgar mi información médica, incluso, de ser aplicable, dental, drogas y/o abuso del alcohol, e información relacionada del VIH confidencial ("información de salud protegida") para tratamiento, pago y objetivos de operaciones de la asistencia médica. Mi consentimiento incluye la divulgación de tal información para tratar reclamaciones de mi compañía de seguros. Autorizo el pago directo de mi proveedor de la compañía de seguros. Si en cualquier momento decido que quiero archivar mis propias reclamaciones, entiendo que el pago en su totalidad se requerirá en el momento del servicio. También entiendo que yo sería económicamente responsable de todos los gastos incurridos. El aviso del proveedor de prácticas de privacidad explica además cómo un proveedor puede utilizar y divulgar mi información de salud protegida. He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad hoy o en una fecha anterior.

He leído y entiendo y estoy de acuerdo con el párrafo anterior y certifico que toda la información proporcionada por mí es verdadera y completa.

Firma del Paciente o Representante legítimo del Paciente

Fecha

CUALQUIER INFORMACIÓN PUBLICADA POR EL PROVEEDOR A LAS PERSONAS AUTORIZADAS ES SUJETO A LOS SIGUIENTES AVISOS:

Información de abuso de drogas y alcohol:

En caso de que la información emitida es protegida por la confidencialidad de abuso de alcohol y drogas reglamentos de registros de pacientes:

Esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por normas de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben efectuar más divulgación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o de otro modo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO ES suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Información relacionada del VIH:

En caso de que la información emitida constituye información confidencial relacionada con el VIH, es protegida por las leyes de Connecticut:

Esta información ha sido revelada a usted de archivos, su confidencialidad está protegida por la ley. La ley estatal le prohíbe que cualquier divulgación ulterior de la misma sin la específica autorización por escrito de la persona quien le pertenece. O según permitido por la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO ES suficiente para esta propósito.