



1843 Oakwood Avenue  
Napoleon, OH 43545

www.henrycohd.org  
Phone: (419) 599-5545  
Confidential Fax: (419) 591-3064

## Consentimiento y autorización para las vacunas y la liberación de información

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para la vacunación

He leído o me habían explicado y se han dado las declaraciones de información de vacuna para las vacunas que están previstas para ser dada. He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pedir que las vacunas (s) darse a mí o la persona nombrada para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición.

### Consentimiento para la divulgación de información de salud privada

He tenido la oportunidad de leer, se han dado una copia o se le ha ofrecido una copia de las prácticas de privacidad del Departamento de salud del Condado de Henry y comprendo mis derechos relacionados con la información sobre mi salud. Este consentimiento es eficaz a menos que y hasta que revoque por escrito. Si me niego a firmar este consentimiento, el Departamento de salud del Condado de Henry tiene derecho a negarse a tratarme.

### Autorización

Al firmar este formulario de autorización, autorizo el uso / o la divulgación de mi información de salud de la manera descrita a continuación. Entiendo que tengo ninguna obligación de firmar este formulario de autorización y que el Departamento de salud de Condado de Henry que autorizó a usar y/o revelar mi información puede no base de tratamiento, pago o inscripción para beneficios de salud en mi decisión de firmar esta autorización. He firmado este formulario voluntariamente con el fin de documentar mis deseos con respecto a la utilización o divulgación de la información de salud que se describe a continuación. Yo autorizo a mi registro de inmunización a divulgarse a escuelas, otros departamentos de salud, inmunización registro bases de datos, proveedores de atención médica y otros como named: \_\_\_\_\_.

Entiendo que si cualquiera de estas organizaciones no son un proveedor de atención médica, plan de salud o un centro de salud conforme a las normas federales de privacidad, la información revelada en esta autorización no puede ser protegida por las normas federales de privacidad y estas organizaciones pueden redisclose mi información de salud sin mi autorización.

Incluyen sus derechos con respecto a la autorización; (1) el derecho de revocar o restringir la autorización, por escrito en cualquier momento excepto en la medida en que ya hemos tomado ciertas acciones en base a la autorización antes de revocar, (2) el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud para ser usada o divulgada, (3) el derecho a recibir una copia de esta autorización.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar este formulario, estoy confirmando que refleja exactamente mis deseos. Esta autorización vencerá en la edad 21 o 10 años desde que fecha viene hoy más tarde.

Al firmar este documento, reconozco he tenido la oportunidad de leer, se han dado una copia o se le ha ofrecido una copia del aviso de prácticas de privacidad y estoy:

- Dando mi permiso para recibir vacunas
- Dando mi consentimiento para la publicación de información de salud relacionada con las vacunas
- Dar mi autorización para la liberación de información de salud relacionada con las vacunas

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (cuidado de la salud poder) Fecha

### Información sobre el seguro

<input type="checkbox"/> Que tiene Medicaid	<input type="checkbox"/> Que tenemos sin un seguro médico privado o Medicaid
<input type="checkbox"/> Que tenemos seguro privado de salud	
Al marcar esta casilla, doy mi permiso para facturar a mi seguro para servicios que recibe mi niño, y que soy responsable por cualquier copago o deducible de impuestos por o cargos no cubiertos por la póliza. Entiendo que la cobertura y los servicios contratados son únicamente aplicables entre yo y mi compañía de seguros, que pueden o no puede cubrir algunos servicios.	
<input type="checkbox"/> Contamos con seguro de salud, pero yo/nosotros <b>No</b> dar permiso para facturar a mi proveedor de seguros y uno mismo-pagar todos los servicios proporcionará a mí / mi hijo.	

Al firmar abajo, yo atestiguo que toda la información en este formulario es exacta y soy responsable de todos los costos incurridos en el momento que se prestan los servicios.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma de paciente/tutor (cuidado de la salud poder)

\_\_\_\_\_  
Testigo Fecha