

**TREATMENT/PAYMENT AUTHORIZATION FOR FLORIDA COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC (FCHC)**

\*\*Please initial next to each line to show that you have read and consent to each statement.

- 1. \_\_\_\_\_ I give consent and request FCHC to provide me and/or my family with health care. I acknowledge my responsibility to pay for that care according to the fees established. I have informed FCHC of all insurance coverage. I understand that I am responsible for all charges and fees for my care, except any that are covered by insurance accepted by FCHC. I understand that payment, including co-insurance, co-pays and self-pay/sliding fee payments, is due at the time of service.
- 2. \_\_\_\_\_ **MEDICAL RELEASE** - I give consent for release of routine medical record information for the purposes of reimbursement, arranging referrals or other medical care. I also allow FCHC to release immunization records to any school or day care.
- 3. \_\_\_\_\_ **CARE COORDINATION** – I give consent for coordination of my health care with home and community-based providers of clinical services to also include the chronic care management program. Copays may apply.
- 4. \_\_\_\_\_ **ACCESS** - I give my consent to access my history from other places (e.g. Pharmacies, Lab Vendors, Accountable Care Organizations), electronically for the purpose of my health care.
- 5. \_\_\_\_\_ **PATIENT PORTAL** - I have the opportunity to gain 24 hour access to the Patient Portal. I will keep my sign-on and password safe and access only the accounts I have the right to look at.
- 6. \_\_\_\_\_ **TEXT/EMAIL** – I give my consent to receive appointment reminders, healthcare communications and other information from Florida Community Health Centers, Inc. Please check your preference below.
  - a.  Text Messages (message and data rates may apply) \_\_\_\_\_  
(Mobile phone number)
  - b.  Emails \_\_\_\_\_  
(Email Address)
- 7. \_\_\_\_\_ I RECEIVED THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

**THIS CONSENT WILL STAY IN EFFECT FOR THE DURATION OF YOUR CARE AT FCHC. You have the right to amend or revoke this consent at any time.**

Signature of: \_\_\_\_\_  
(Circle One) Patient Parent Guardian Date

Witness: \_\_\_\_\_  
Date

**TRATAMIENTO/ AUTORIZACION DE PAGO PARA FLORIDA COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC (FCHC)**

\*\*Favor de poner sus iniciales en la correspondiente linea indicando que ha leído y da su consentimiento para cada sección.

1. \_\_\_\_\_ Yo autorizo y solicito del FCHC a proveer cuidado médico a mi y/o a mi familia . Yo reconozco mi responsabilidad en pagar por este cuidado de acuerdo con los cargos establecidos. Yo le he informado al FCHC sobre todas mis coberturas de seguro médico. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos y gastos incurridos para mi cuidado médico, excepto por los cargos y gastos que estén cubiertos por mi aseguranza que acepte el FCHC. Yo entiendo que el pago, incluyendo la co-aseguranza, co-pagos y los cargos reducidos por ingreso, son efectivos al momento de recibir los servicios médicos.
  
2. \_\_\_\_\_ **PERMISO DE COMPARTIR LOS REGISTROS MÉDICOS** - Yo doy consentimiento para compartir la información de mis expedientes médicos de cuidado rutinario con el propósito de reembolsos, arreglos de referido u otro cuidado médico. Yo permito que el FCHC comparta los registros de inmunización a cualquier escuela o guardería infantil.
  
3. \_\_\_\_\_ **COORDINACIÓN DE CUIDADO MÉDICO** - Yo doy consentimiento para la coordinación de mi cuidado médico con proveedores de servicios médicos basados en la comunidad o en la casa, que incluyan el programa del manejo de cuidado crónico. Se pueden aplicar copagos.
  
4. \_\_\_\_\_ **ACCESO** - Yo doy mi consentimiento para dar el acceso electrónico de mi información médica a otras instituciones (por ejemplo: farmacias, laboratorios, etc.), para el propósito del cuidado de mi salud.
  
5. \_\_\_\_\_ **PORTAL DEL PACIENTE** – Entiendo que tengo la oportunidad de tener acceso al Portal del Paciente las 24 horas del día, mantendré mi “nombre de usuario” y contraseña seguros y obtendré acceso solamente a las cuentas que tengo derecho a ver.
  
6. \_\_\_\_\_ **TEXTO/CORREO ELECTRONICO** - Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otra comunicacion/informacion de salud de parte de Florida Community Health Centers, Inc.
  - a.  Mensajes de texto (pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos): \_\_\_\_\_  
(Numero de telefono movil)
  
  - b.  Correo electronico: \_\_\_\_\_  
(Direccion de correo electronico)
  
7. \_\_\_\_\_ HE RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD.

**Este consentimiento permanecerá en vigor durante el plazo de su cuidado en el FCHC. Usted tiene el derecho de modificar o revocar este consentimiento en cualquier momento.**

Firma del: \_\_\_\_\_  
(Circule uno) Paciente Padre/Madre Guardian Fecha

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