

CONSENT TO RELEASE SUPER CONFIDENTIAL INFORMATION

I give consent for the release of medical record information for the purposes of reimbursement, arranging referrals or other medical care, including the release of super confidential information such as HIV/AIDS, sexually transmitted infections, substance use, mental health, pregnant minor and conditions reportable to the Department of Health. Your choice on whether to sign this form will not affect your ability to get medical treatment, payment for medical treatment, or health insurance enrollment or eligibility for benefits.

In addition, I understand that Florida Community Health Centers, Inc. (FCHC) may publish my lab results or other documentation to the portal and it's up to me to maintain confidentiality at all times. I will not share my user name and password with anyone that should not have access to my account.

I refuse to allow Florida Community Health Centers, Inc. to release my super confidential records. I understand this refusal will exclude me from the Behavioral Health/Substance Use Disorder program.

Signature of: _____
(Circle One) Patient Parent Guardian Date

Witness: _____
Date

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.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION MÉDICA DE SUPER CONFIDENCIAL

Yo consiento y doy permiso para compartir mi información de records médicos con el propósito de reembolsos, arreglo de referidos u otro cuidado médico, incluyendo el compartir información de super confidencial como VIH/SIDA, infecciones transmitidas sexualmente, uso de sustancias, salud mental, menores embarazadas y condiciones que son reportables al Departamento de Salud. Su decisión de firmar este formulario no afectará su posibilidad de obtener atención médica, pago por atención médica, o inscripción en un plan de seguro de salud o elegibilidad de recibir beneficios.

Además, entiendo que el Florida Community Health Centers, Inc. (FCHC) puede publicar mis resultados de laboratorio u otros documentos en el portal y es mi responsabilidad de mantener la confidencialidad todo el tiempo. No compartiré mi nombre de usuario ni mi contraseña con ninguna otra persona que no tenga derecho de tener acceso a mi cuenta.

Yo rehusó permitir al Florida Community Health Centers, Inc. que comparta mis records de información de super confidencial. Yo entiendo que al firmar estoy rechazando el programa de Salud del Comportameiento / Abuso de Sustancias.

Firma: _____
(Circule uno) Paciente Padre/Madre Guardián Fecha

Testigo: _____
Fecha

ESTE CONSENTIMIENTO ESTARÁ VIGENTE DURANTE MI CUIDADO DE SALUD CON EL FCHC. Yo entiendo que tengo el derecho de modificar o revocar este consentimiento en cualquier momento.