

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEGUNDA INICIAL: _____ APELLIDO: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Identidad de género: Masculino Femenino Hombre transgénero/mujer a hombre
 Mujer transgénero/hombre a mujer Otro Elige no divulgar

Orientación sexual: Lesbiana o Gay Heterosexual (no lesbian/gay) Bisexual
 Algún más No se Elige no divulgar

Dirección: _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos especiales / Compartir información

El correo electrónico y los mensajes de texto nos permiten intercambiar información de manera eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro, ya que estos mensajes pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión. Si desea que le enviemos correos electrónicos o mensajes de texto que contengan su información de salud, proporcione la siguiente información para autorizar a CCHD a comunicarse con usted y otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento médicos.

** Complete lo siguiente solo si la correspondencia de correo electrónico / texto está siendo autorizada:

Correo electrónico para enviarme información: _____

Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: _____

*Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.

SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO _____ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

TU DENTISTA: _____ Dr. Watson Dr. Johnson Dr. Buskirk

FARMACIA PREFERIDA: _____ @ _____

Etnicidad	<input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino	Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Desconocido/ No Reportado		<input type="checkbox"/> Mas de una raza	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo
			<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Negado

Estado Civil: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Es usted estudiante? No Si Veterano? No Si Trabajador migrante? No Si

Viviendas: Dueño Renta Publicas/ Basado- en Ingresos Viviendo con amigos/ Familia Sin hogar

Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar? _____ Tamaño de familia _____ Negarse a Reportar

El paciente necesita interprete? No Si Español / Frances / Lenguaje de señas

Si el paciente es menor de 18 años, el padre o guardian necesita interprete?

No Si Español / Frances / Lenguaje de señas

El paciente tiene un poder notarial para atención medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte? No Si *En caso afirmativo, por favor proporcione una copia.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____ Numero de Telefono: _____

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE* Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de telefono: _____

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductual /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CCSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Mi firma debajo tambien indica que me han proporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

Firma de Cliente (o padre): _____ **Fecha:** _____

Como escuchaste de nosotros? Periodico Amigo/ Familia Cartel Radio Otro _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medicodental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.

PAGO

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaidseran determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciónesyosereresponsible por los costos de colección incurridos.

DESCUENTO

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guias de los Servicios Humanos.

CITAS

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesia un numero de telefono actual es requerido. Essuresponsabilidadinformarnos de cualquiercambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

TRATAMIENTO DE MENORES

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las políticas escritas anteriormente.

Firma

Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador Designado

Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

Nombre	Relación	Numero de Telefono
---------------	-----------------	---------------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
---------------	-----------------	---------------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
---------------	-----------------	---------------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
---------------	-----------------	---------------------------

Nombre	Relación	Numero de Telefono
---------------	-----------------	---------------------------

Firma _____ **Fecha** _____

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____

Si el paciente es menos que 18 años de edad- porfavor complete esta sección

Escuela	Grado Escolar		
<input type="checkbox"/> A/C Elem	<input type="checkbox"/> A/C Junior High	<input type="checkbox"/> A/C HS	<input type="checkbox"/> Beardstown HS
<input type="checkbox"/> Beardstown Grand	<input type="checkbox"/> Beardstown Gard	<input type="checkbox"/> Beardstown Jr. High	<input type="checkbox"/> BCA
<input type="checkbox"/> Virginia Elementary	<input type="checkbox"/> Virginia Jr. High	<input type="checkbox"/> Virginia HS	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Alternative	<input type="checkbox"/> Pre-Escolar (Nombre) _____		

- *Este niño vive en el Condado Cass? No Si
- *Este niño atiende una escuela en el Condado Cass? No Si
- *Este niño es un hermano/a de un estudiante de la escuela del Condado Cass? No Si

Apellido de soltera de mama: _____

Yo, como el representante/ padre/ tutor autorizado de este paciente, autorizo a las siguientes persona(s) para transportar, acompañar, autorizar y dar su consentimiento a cualquier radiografía, examen, medico, dental, psiquiátrico, o diagnóstico psicológico o tratamiento que sea proporcionado por el personal de CCHC/CCDC. Todos los proveedores pueden discutir el cuidado de el paciente con las siguientes persona(s).

_____	_____	_____	_____
Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono
_____	_____	_____	_____
Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono
_____	_____	_____	_____
Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono

Este paciente (12 años o mayor) y puede presentarse y recibir diagnósticos, tratamiento, y instrucciones sin supervisión adicional.

Iniciales
_____ SOLAMENTE yo
Iniciales

105 ILCS 129: <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2935&ChapterID=17>

El Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) consiste en una asociación fluida de agencias locales confiables dedicadas a la salud y el bienestar de su hijo. La sociedad incluye; Un médico, enfermera practicante o asistente médico, dentista, higienista dental, enfermera y consejero de salud mental está disponible, según los horarios, para proporcionar atención primaria de salud, atención dental, servicios psicosociales y consultas nutricionales a TODOS los estudiantes inscritos.

Los servicios disponibles pueden incluir, pero no están limitados a:

1. Examen físico, evaluaciones de salud, detección de problemas de salud
2. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
3. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
4. Educación y promoción de la salud. Se ofrecerán talleres de promoción / prevención de salud de alcance
5. Inmunizaciones
6. Promoción de bienestar que incluye dejar de fumar, nutrición, control de peso
7. Atención de salud reproductiva que incluye: exámenes ginecológicos con frotis de PAP, educación sobre enfermedades de transmisión sexual, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH / SIDA, asesoramiento / pruebas y servicios de anticoncepción
8. Pruebas de laboratorio que incluyen cultivos de garganta, hemogramas completos, puntos mono, etc.
9. Servicios de asesoramiento de salud mental
10. Examen dental y tratamiento
11. Referencias a otras agencias de vinculación para servicios no provistos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass

410 ILCS 210/1, et seq. <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1539&ChapterID=35>

CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTORES

El niño antes mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) ubicado en el Condado de Cass Illinois, por sus proveedores contratados. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que pueden proporcionarse. También entiendo que un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois autoriza a autorizar en su nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que aunque me alientan a estar presente para las citas, no es necesario y que al firmar a continuación, estoy autorizando al Centro de Salud a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Además, entiendo que bajo la ley de Illinois, un menor de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a ciertos servicios de salud y no se requiere el permiso de los padres para dichos servicios.

Doy mi consentimiento para que se divulgue información médica relevante y registros médicos relacionados con los tratamientos al School Health Center y sus socios colaboradores para facilitar las necesidades de salud de mi hijo. Además, autorizo al Centro de salud escolar a divulgar información sobre el tratamiento de mi hijo a terceros pagadores u otros para la facturación, la gestión del programa y la evaluación de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales con respecto a la confidencialidad.

Entiendo que si mi hijo tiene 12 años o más, pueden recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias en el CCSHC sin mi consentimiento. Según 405 ILCS 5 / 3-5A-105 (a), pueden recibir hasta ocho sesiones de 90 minutos para servicios de salud mental. Por ley, un niño menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres.

Esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque específicamente por escrito.

⇒ _____	_____	⇒ _____	_____
Firma de Representante / Padre / Tutor	Fecha	Firma de Paciente (12 años o mayor)	Fecha
		Office Use Only: <input type="checkbox"/> Certification of Unaccompanied Minor Status	

FECHA: _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área y alrededor de la boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

Esta al cuidado de un doctor ahorita? No Si _____

Ha estado hospitalizado o ha tenido una operación mayor? No Si _____

Ha tenido una lesión grave en la cabeza o cuello? No Si _____

Está tomando medicamentos, pastillas, o drogas? No Si _____

Toma usted, o ha tomado, Phen-Fen, Redux? No Si

Está tomando o ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o otros medicamentos conteniendo bifosfonatos? No Si

Esta usted en una dieta especial? No Si

Usa usted tabaco? No Si

Utiliza usted sustancias controladas?

Mujer está usted:

Embarazada/Tratando de salir embarazada Si No Tomando anticonceptivos orales Si No Amantando Si No

Es usted alérgico o, a tenido reacción a?:

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metales Látex Anestésicos locales

Comida, por favor liste: _____

Otro, por favor liste: _____

Yo no he sabido alergias

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Infección del SIDA o VIH	<input type="checkbox"/> Si	Medicina de cortisona	<input type="checkbox"/> Si	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Si
La enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Si	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Si
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Si	Adicción de drogas	<input type="checkbox"/> Si	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Si	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Si
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	Falta de aire	<input type="checkbox"/> Si	Herpes	<input type="checkbox"/> Si	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si
Angina	<input type="checkbox"/> Si	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si	Presión arterialalta	<input type="checkbox"/> Si	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Si	Epilepsia o Ataques	<input type="checkbox"/> Si	High Colesterol	<input type="checkbox"/> Si	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> Si
Válvula artificial en el corazón	<input type="checkbox"/> Si	Sangrar excesivo	<input type="checkbox"/> Si	Ronchas, Salpullido	<input type="checkbox"/> Si	Culebrilla, herpes zoster	<input type="checkbox"/> Si
Artificial articulación	<input type="checkbox"/> Si	Sed excesivo	<input type="checkbox"/> Si	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Si
Asthma	<input type="checkbox"/> Si	Desmayo, Mareo	<input type="checkbox"/> Si	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Si	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Si
Enfermedad en la sangre	<input type="checkbox"/> Si	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Si	Problemas del riñón	<input type="checkbox"/> Si	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Si
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Si	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad estomago o intestinal	<input type="checkbox"/> Si
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Si	Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Si	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si
Moretea fácilmente	<input type="checkbox"/> Si	Herpes genital	<input type="checkbox"/> Si	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Si	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Si
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Si	Prolapso del lavavula mitral	<input type="checkbox"/> Si	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Si
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Si	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Si	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si
Fuegos/Ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Si	Murmullo del corazón	<input type="checkbox"/> Si	Mandíbula dolorosa	<input type="checkbox"/> Si	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Si
Congénita de corazón	<input type="checkbox"/> Si	Marcapasos de corazón	<input type="checkbox"/> Si	La enfermedad de	<input type="checkbox"/> Si	Úlcera	<input type="checkbox"/> Si
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Si	Cuidado psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Si
						Piel amarillenta	<input type="checkbox"/> Si

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionado anteriormente? Si No

Comentarios: _____

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mí (o del paciente) para la salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha: _____

Patient's Name - PLEASE PRINT El Nombre del Paciente Nom du Patient -- LETTRE MOULÉES	Patient's Date of Birth Fecha de Nacimiento del Paciente Date de naissance du patient	Patient's Street Address La Dirección del Pacient Adresse du Patient	City Ville	State État	Zip Code Code postal
---	---	--	---------------	---------------	-------------------------

➤ I hereby authorize the use or disclosure of protected health information about me as described below.

Yo por la presente autorizo el uso y revelación de la información protegida de salud acerca de mí describieron como abajo.
 Par la présente, j'autorise l'utilisation ou divulgation d'informations protégées sur ma santé tel que décrit ci-dessous.

➤ I authorize Cass County Health Department to disclose: (check all that apply)

Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes:
 (cheque todos que son aplicables)

J'autorise le Cass County Health Department à divulguer: (cochez tout ce qui s'applique)

- Physical Exam; Examen Físico; Examen physique
- Vision Screen; Exam Vista; Test de la vue
- Lead Screen; Examen del Plomo; Test de plomb
- Hemoglobin /Hematocrit test; Cheque del hierro en su sangre; Test d'hémoglobine /hématocrite
- Appt Date & Time; Fecha/Hora de las citas; Date de rendez-vous & Heure
- TB Skin Test; Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose
- Hearing Screen; Examen del Oído; Test d'audition
- Immunization Record; Vacunas; Carnet de vaccination
- Other; Otros; Autre: _____

➤ TO: (check one); Información puede ser revelada a: (cheque uno); A: (check one) A-C Central School District; Distrito de la Escuela de A-C Central Beardstown Christian Academy; Escuela de Beardstown Christian Academy Beardstown School District; Distrito de la Escuela de Beardstown Trinity Lutheran School; Escuela de Trinity Lutheran Virginia School District; Distrito de la Escuela de Virginia Other; Otros; Autre _____

➤ The information may be used or disclosed for each of the following purposes: For the maintenance of school records / Verification of excused absences

Esta información puede usarse y ser revelada para cada uno de los propósitos siguientes: Para conservar los registros de escuela / Para comprobar la ausencia dispensada de la escuela

L'information peut être utilisée ou divulguée dans le but suivant: Pour la mise à jour des dossiers scolaires / Pour la verification d'absences

➤ I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person(s) or class of person(s) receiving it and no longer protected by the federal privacy regulations.

Entiendo que la información usada o revelada puede ser revelado otra vez por la persona(s) o la clase de persona(s) lo recibiendo y que no protegido por las regulaciones federales de la confidencialidad.

Je comprends que l'information utilisée ou divulguée peut être sujet à une re-divulgation par la (les) personne(s) ou classe de(s) personne(s) recevant ces informations et ne sera plus protégé par les régulations fédérales privées.

➤ I understand that I may revoke this authorization by notifying the Privacy Officer in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by Cass County Health Department in reliance on it before I revoked it.

Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al Oficial de la Confidencialidad al escribirle de mi deseo para revocarlo. Sin embargo, yo entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún afecto en acciones tomadas por el Departamento de Salud antes de yo lo revoque

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant l'Officier sur la vie privée par écrit. Toutefois, Je comprends que si je révoque cette autorisation, il n'y aura aucune conséquence sur les actions prises par le Cass County Health Department en dépendance avant révocation.

➤ I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni mi elegibilidad para beneficios.

Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas mon abilité d'être traité ou paiement ou mon éligibilité pour avantages.

➤ I understand this authorization will expire on (check and complete one): _____, 20____, or Upon withdrawal from school or high school graduation.

Entiendo que la autorización expirará en (cheque y completará uno): _____, 20____, or En el acontecimiento de la graduación de la preparatoria, la terminación del nivel más alto del grado ofreció (para esos no ofreciendo graduación de la preparatoria), o dejan de asistir en la escuela.

Je comprends que cette autorisation expirera (cochez et complétez): _____, 20____, ou Lors du retrait de l'étudiant (enfant) de l'école ou lors de la graduation.

This form must be fully completed before signing/Esta forma debe ser completada antes de firmar/Ce formulaire doit être complété complètement avant d'être signé

☒

Signature of Patient or Legal Guardian
La Firma del Paciente o Representante Personal
Signature du Patient ou Gardien legal

Date of Signature
La Fecha de la Firma
Date de la signature

PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization if not Patient
Nombre del Representante Personal(Si es aplicable)
Le nom de la personne qui signe cette autorisation si ce n'est pas le patient