



**CARROLL COUNTY
GENERAL HEALTH DISTRICT**
Healthy People — Safe Communities

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN, TRATAMIENTO Y PAGO

Solicito al Departamento de Salud del Condado de Carroll que me realice un examen y/o pruebas de laboratorio. Entiendo que se harán todos los intentos razonables para ponerse en contacto conmigo si cualquier resultado de la prueba ordenado por un médico del Departamento de Salud es anormal.

En consideración a los servicios antes mencionados que me prestó el Departamento de Salud del Condado de Carroll, por la presente libero y descargo para siempre al Departamento de Salud del Condado de Carroll y sus Fideicomisarios, Oficiales de la Junta, Empleados, Médico clínico y Personal de Enfermería de todas las reclamaciones, daños, acciones y causas de acción que surjan de cualquier lesión o daño resultante de dicho servicio o cualquier Efecto de los mismos actualmente conocidos o desconocidos ahora y para siempre en el futuro.

Cada cliente recibirá la misma consideración y no será excluido de la participación en o se le negarán los beneficios de o de otro modo ser objeto de discriminación por motivos de raza, sexo, nacional, origen, color o discapacidad.

Acepto aceptar la responsabilidad por cualquier atención adicional y/o de seguimiento que pueda no estar disponible en el Departamento de Salud del Condado de Carroll. Doy mi permiso a los empleados del Departamento de Salud del Condado de Carroll y a otros autorizados por ellos para usar la información contenida en mi expediente médico con fines estadísticos, y según lo exija la ley, con el entendimiento de que la confidencialidad será Mantenido. La confidencialidad del cliente se mantendrá sin notificación al padre o tutor legal según corresponda. No podemos dar ninguna información sobre usted a nadie sin su consentimiento. **EXCEPCION: Si usted denuncia cualquier abuso físico, abuso sexual, o reporta sentirse suicida u homicida, por ley, debemos encontrar a alguien que lo ayude.**

El objetivo del Departamento de Salud del Condado de Carroll es promover la salud y el bienestar de todos los que reciben nuestros servicios. No hay ningún requisito de residencia para participar en la Clínica de Salud Reproductiva del Departamento de Salud del Condado de Carroll.

Las tarifas de todos los servicios se esperan en la fecha del servicio. Para aquellos que puedan tener dificultades para pagar a petición pueden establecer un plan de pago con la oficina de facturación, esto debe ser configurado antes de la cita y un pago debe hacerse en el momento del servicio. Aceptamos Medicaid, seguro privado, efectivo o cheque y tarjeta de crédito (cuota de 3% o \$2.00 lo que sea mayor) para el pago.

Mi firma verifica que toda la información proporcionada al Departamento de Salud del Condado de Carroll sea veraz y precisa a mi leal saber y entender. Mi firma también está de acuerdo en proporcionar el pago de todos los cargos en el momento del servicio.

Firma del padre o del cliente _____ Fecha de servicio _____

Nombre del cliente _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____

Si usted tiene los siguientes seguros Aultcare, Cigna, Medical Mutual, Anthem BC/BS, Tricare, Aetna, Ohio Health Choice, Summa, Priority Health, United Health Care, Health America, Health Smart, Multiplan, Pai, The Health Plan of the Upper Ohio Valley Por favor la siguiente información para que podamos facturar su seguro de manera correcta y eficiente.

Nombre de la Persona que lleva el Seguro si Es Diferente, entonces cliente:
Relación con el cliente:
Fecha de nacimiento de la compañía de seguros:
Número de Seguro Social de la Compañía de Seguros:

Sólo uso de oficina

Firma de testigo Revisado 8/15/2018 Inicial 9/19/2016



Cuestionario de detección para la inmunización de niños y adolescentes

Para los padres/tutores: El Distrito de Salud General del Condado de Carroll recomienda encarecidamente que las inmunizaciones iniciales se reciban solo después de que el niño haya sido examinado por un médico con licencia. Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar a su hijo hoy en día. Si usted responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo no debe ser vacunado. Sólo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que la explique.

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. ¿El niño está enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 2. ¿Tiene el niño alergias al látex, medicamentos, alimentos o un componente de la vacuna? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 3. ¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 4. ¿Ha tenido el niño un problema de salud con asma, pulmón, corazón, riñón, (diabetes) o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 5. Si el niño a vacunarse tiene entre 2 y 4 años, tiene proveedor le dijo que el niño tenía sibilancias o asma en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 6. Si su hijo es un bebé, ¿alguna vez le han dicho que ha tenido invaginación intestinal? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 7. ¿El niño, un hermano o un padre han tenido una convulsión; tiene el niño tenía cerebro, o otros problemas del sistema nervioso? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 9. En los últimos 3 meses, ha tomado el niño cortisona, prednisona, otros esteroides, o medicamentos contra el cáncer, o tenía tratamientos de radiación? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 10. En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o a los productos o a un medicamento antiviral(o a un medicamento antiviral)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 11. ¿Está embarazada el niño/adolescente o existe la posibilidad de que se convierta en embarazada durante el próximo mes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 12. ¿Ha recibido las vacunas el niño en las últimas 4 semanas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |

Nombre del paciente: _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____

He leído o me he explicado la información contenida en el VIS (declaración de información sobre vacunas) para la(s) vacuna(s) indicada(s) anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y doy permiso al Departamento de Salud del Condado de Carroll para administrar la(s) vacuna(s) indicada(s) anteriormente para mí o a la persona nombrada para recibir la vacuna para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de esta información de salud según sea necesario para el médico del cliente, la escuela, la guardería, WIC, Medicaid, si corresponde, y el Registro de Inmunización del Departamento de Inmunización de la Salud de Ohio. **Entiendo que al firmar a continuación acepto toda la responsabilidad por el pago de cualquier reclamo denegado por el seguro/Medicaid/Medicare.**

IMMINIZACIONES QUE SE DEBEN DARHOY:

___ DTaP	___ Hib	___ Hep B	___ D/I (kinrix)	___ Gardasil	___ Polio	___ Flu
___ D/HepB/I (pdrx)	___ Prevnar	___ MMR	___ Tdap	___ Meningitis B	___ Hep A	
___ D/Hib/I (pent)	___ Rotavirus	___ Varicella	___ Meningitis	___ TD	___ MMRV (proquad)	

Nurse's Signature _____

Date: _____