

**SAN YSIDRO HEALTH (SYH)
CONSENT TO TREAT**

CONSENT FOR TREATMENT: The undersigned patient, responsible relative and/or patients legal representative hereby authorize San Ysidro Health, its affiliated physicians, dentists, nurse practitioners, case manager, licensed therapist, medical assistant, RN/LVN, dental assistant or auxiliaries, psychologist, psychiatrist, and physicians assistants to administer and perform any and all medical examinations, treatments, diagnostic impressions, surgical procedures, assessment or testing, psychotherapy, or other services which may now or during the course of the patient's care be deemed advisable or necessary.

CONSENT FOR DENTAL TREATMENT: I give consent for myself/my child to receive dental treatment deemed necessary by the providers at San Ysidro Health. These procedures include, but are not limited to; examinations, oral prophylaxes (cleanings), fluoride treatments, sealants, restorations (amalgam or composite fillings and crowns), periodontal (gum) treatments, endodontic (root canal) treatments, extractions, and the use of local anesthetics. I understand that the use of local anesthetics carries a small risk for swelling, bruising, allergic reaction, changes in pain perception, or prolonged anesthesia.

CONSENT FOR PARTICIPATION IN RESEARCH STUDIES: San Ysidro Health participates/contracts with research institutions to conduct research studies designed to improve the quality of health care, reduce its cost, improve patient safety, and broaden access to essential services. I give consent for myself/child to be receive information about research studies.

TEACHING PROGRAMS: San Ysidro Health participates/contracts with training institutions for training of medical students, interns, residents, healing arts students (for example, nursing, hygienist, dentist, mental health/ behavioral health professional), and post graduate students. I understand that these trainees may participate in the care I receive under the supervision of qualified and or licensed physicians/ mental health supervisor.

RELEASE OF INFORMATION: To the extent necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement, the SYH may disclose portions of the patient's financial and medical records to any person, corporation or to any agent of any such person or corporation which is or may be liable for all or any portion of San Ysidro Health charges, including but not limited to insurance companies, employers, health service plans or Worker's Compensation carriers. San Ysidro Health may also make available pertinent information to government social agencies and other health care providers as necessary to insure continuity of care and availability of health care service for the patient and the patient's family.

ASSIGNMENT OF HEALTH BENEFITS: I hereby authorize the insurance company to pay by check made out to and mail directly to SYH. the medical/dental, behavioral health and surgical expense benefits allowable, and otherwise payable to me under my current insurance policy, as payment toward the total charges for professional services rendered. I understand that insurance copayment/co-insurance; non-covered services and patient liability amounts are my responsibility.

FINANCIAL AGREEMENT: The undersigned agrees to pay, whether he or she signs as agent or patient, the charges incurred at San Ysidro Health in accordance with the Health Center's regular rates and terms. I understand that if I am a member of a Health Maintenance Organization (HMO) and I have not secured an authorization for payment of my services, I will be held financially responsible for all unauthorized and non-covered services.

ADVANCE DIRECTIVES: I have received information about advanced directives and understand that I have the right to formulate advance directives regarding my medical and behavioral health care and have them placed in my medical record. I understand that I have the right to change my instructions at a later date.

I would like to receive additional information: ☐ Yes ☐ No Information Received: (Initials) _____ Date: _____

CONSENT TO FOLLOW-UP: Upon termination of services from this program, I understand that San Ysidro Health may contact me regarding my status and to ask questions concerning satisfaction regarding services received. The purpose of this information is to assure the continuity of care and to provide SYHealth with pertinent statistical information.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: I have received information about the HIPAA Notice of Privacy Practices (NPP) and acknowledge my receipt of this documentation. I am the patient or I am authorized to sign this agreement. I have received a copy of it and accept its terms.

I have read and agree with the above statements (Initials) _____

Patient Name: _____ Patient/Guardian/Conservator Signature: _____

Relationship: _____ Date: _____ Time: _____

Witness Name: _____ Witness Signature: _____

***As the parent or legal guardian with the authority to consent on behalf of the minor child named above, I hereby give my consent for the minor to seek care from the professional staff associated with or employed by San Ysidro Health. The proposed treatment plan has been explained to me, the general nature and extent of the risks involved in the treatment, and alternative treatment options, if any. This consent will be valid until the minor reaches the age of 18.**

CENTRO DE SALUD DE SAN YSIDRO (SYH)
FORMA DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO: El suscrito y/o pariente responsable o representante legal del paciente por médico del presente autorizan a San Ysidro Health, sus doctores afiliados, dentistas y enfermeras especializadas y asistentes de médico, para administrar o llevar a cabo cualquier y todos los exámenes médicos, tratamientos, diagnósticos y procedimientos quirúrgicos y otros servicios que se pudieran administrar ahora o durante el curso del cuidado del paciente que fueran necesarios o recomendables.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL: Doy el consentimiento para mí o mi niño(a) para recibir el tratamiento dental que sea necesario, por los proveedores en el SYH. Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a; exámenes, limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores, restauraciones (calzas), coronas, tratamientos de periodoncia (encías), tratamientos de conducto (canal de raíz), extracciones, y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva el posible riesgo de hinchazón, hematomas, cambios en la percepción de dolor o adormecimiento prolongado. Este consentimiento se considerará vigente a menos que sea revocado.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN: San Ysidro Health participa/contrata con instituciones de investigación para realizar estudios de investigación diseñados para mejorar la calidad de la atención médica, reducir su costo, mejorar la seguridad del paciente y ampliar el acceso a servicios de salud. Doy mi consentimiento para que yo o mi hijo recibamos información sobre estudios de investigación.

PROGRAMAS DE ENSEÑANZA: SYH, participa/contrata con instituciones educativas dedicadas a la capacitación de estudiantes de medicina, médicos internos, residentes, estudiantes de diversas ramas terapéuticas (por ejemplo, enfermería, dentistas; y estudiantes de postgrado). Tengo entendido que estos estudiantes, internos o residentes pueden participar en mi cuidado bajo la supervisión de médicos o supervisores calificados que mantienen una certificación o licencia vigente.

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN: Al grado que sea necesario para determinar responsabilidad de pago y obtener reembolso, SYH, puede proporcionar porciones de los archivos médicos y/o financieros a cualquier persona, corporación, o a cualquier agente de dicha persona o corporación que es o pudiese ser responsable, total o parcialmente, de la cuenta del SYH, incluyéndose pero no limitándose a compañías de seguro, patrones, planes de servicio de salud o socio-gubernamentales y a otros proveedores del cuidado de la salud, según se requiera, para asegurar la continuidad de la atención y la disponibilidad del cuidado de salud para el paciente y su familia.

TRASPASO DE BENEFICIOS DE SALUD: Por medio de la presente autorizo a mi compañía de seguro pagar por medio de un cheque pagadero y enviado directamente a la institución arriba mencionada, los beneficios que me corresponden por los servicios médicos, dentales y quirúrgicos, que de otra manera serían pagaderos a mi bajo la póliza de seguro vigente, como abono hacia el total de los cargos por los servicios profesionales proporcionados.

ACUERDO FINANCIERO: El suscrito accede a pagar, aunque firme como agente o paciente, los cargos ocasionados en SYH, de acuerdo con las tarifas y cláusulas del mismo. Quedo enterado que, si estoy afiliado a una asociación para la conservación de la salud (HMO) y no tramite con la asociación autorización para el pago de los servicios que voy a recibir, tendré la obligación de pagar dichos servicios.

INSTRUCCIÓN ANTICIPADA: He recibido información acerca instrucciones anticipadas y entiendo que tengo el derecho de formular instrucciones anticipadas acerca de mi cuidado de salud que serán archivadas en mi expediente médico. Entiendo que puedo cambiar mis instrucciones si lo deseo en el futuro.

Me gustaría recibir información adicional: ☐ Si ☐ No Información Recibida: (Iniciales) _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO: En el momento que los servicios de este programa terminen, entiendo que San Ysidro Health me puede contactar en cuanto a mi situación y hacer preguntas que conciernen a la satisfacción de los servicios recibidos. El propósito de esta información es de asegurar el continuo cuidado de salud que ofrece San Ysidro Health pertinente a información estadística.

LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MEDICO DEL AÑO 1996 SOBRE LA PRIVACIDAD (HIPAA):

Acepto haber recibido la información sobre la práctica de privacidad de HIPAA además de haber recibido este documento.

Soy el paciente o estoy autorizado para firmar el presente convenio. Recibí una copia del convenio y acepto lo dispuesto en el mismo.

He leído y estoy de acuerdo con los términos de arriba (Iniciales) _____

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente/Representante Legal: _____

Parentesco: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Testigo: _____ Firma del Testigo: _____

***Otorgo mi consentimiento en nombré del menor de edad nombrado en la parte de arriba siendo el Padre/Madre o Representante Legal, para que el menor busque atención del personal profesional asociado o empleado por San Ysidro Health. El plan de tratamiento propuesto me ha sido explicado, la naturaleza general y el alcance de los riesgos involucrados en el tratamiento, y opciones de tratamiento alternativas, si las hubiera. Este consentimiento será válido hasta que le menor alcance la edad de 18 años.**