

Please note that you must replace all information in red to reflect your agency name. Also be sure to read thoroughly to ensure that the information in this document reflects you agency practices. If not, you may change it. Page 2 is in Spanish- please have your translator review and change accordingly. Place Label Here

Sample County Health Department

Terms and Conditions for Our Clients/ Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

- I was offered a copy of the Sample County Health Department Notice of Privacy Practices.
- Upon penalties prescribed by law, I hereby affirm that to the best of my knowledge and belief, this income statement is true and correct.
- I understand that the information on the income statement may be checked by a state reviewer, and I agree to provide the financial records required to carry out the review.
- I understand that the **Sample County Health Department** may verify information concerning my income from my employer and/or other sources and I hereby authorize my employer and/or other sources to release such information to the **Sample County Health Department** for the purpose of verifying my income and resources.
- I understand that payment for services is expected at the time of service. As a courtesy, the **Sample County Health Department** may bill my insurance.
- I understand that fees for services may be reduced or waived upon verification of income eligibility.
- I understand that my signature will serve as legal "signature on file" for purposes of filing my insurance claims and payment of medical benefits to the **Sample County Health Department** for services rendered.
- I voluntarily give my consent for the **Sample County Health Department** to use and/or disclose protected health information for purposes of treatment, payment, and health care operations.
- I understand that the health/medical information used and disclosed for treatment, payment, or health care operations may include information of a private and sensitive nature (such as STD's).
- I understand that this consent is valid for one year unless I revoke it in writing.
- I understand, as part of visit, some laboratory services may be necessary that the **Sample County Health Department** is unable to complete in the clinic. If a laboratory performs a service for me, I understand I may receive a bill from the testing agency and I will be responsible for the cost of any laboratory services.
- I hereby voluntarily consent to the **Sample County Health Department** for medical and/or dental examinations, treatments and procedures which are deemed necessary in the opinion of my physician and health care providers, including HIV tests, laboratory tests and x-rays. I understand that my medical information is strictly confidential and is protected by North Carolina General Statute 130A-143. No guarantees or warranties have been made to me concerning the results of the examinations, treatments or procedures. My signature acknowledges that I have been given the opportunity to ask questions about this consent form and the opportunity to refuse services for me or as the verified personal representative of the individual named above.
- I give **Sample County Health Department** permission to bill my insurance carrier should my diagnosis and/or treatment include STD services. ☐ Yes, I give permission ☐ No, I do not give permission

Signature of Client / Verified Personal Representative (Circle one)

_____/_____/_____
Date

Signature of Interviewer

_____/_____/_____
Date

Place Label Here

CONDADO DE ROCKINGHAM DIVISION DE SALUD PUBLICA

Terminos Y Condiciones Para Nuestros Clientes /
Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

- Me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del División de Salud Pública del Condado de Rockingham. *(Today, I received a copy of the Sample County Health Department Notice of Privacy Practices.)*
- Bajo pena legal, por la presente hago constar que a mi mayor conocimiento y creencia, éste estado de ingreso es verdadero y correcto.
- Entiendo que la información puede ser verificado por el Estado. Y estoy de acuerdo en proveer los estados financieros necesarios para llevar a cabo la revisión.
- Entiendo que el División de Salud Pública del Condado de Rockingahm puede verificar la información relacionada a mi ingreso con mi empleador o Patrón y/u otros recursos y por la presente autorizo a revelar información necesaria por parte del División de Salud Pública del Conddo de Rockingham con el propósito de verificar mis ingresos y recursos.
- Entiendo que el pago por los servicios debe hacerse al mismo tiempo. Como una cortesía, el División de Salud Pública del Condado de Rockingham puede cobrar a mi seguro medico.
- Entiendo que el costo de los servicios puede cambiar dependiendo de la elegibilidad por el ingreso.
- Entiendo que mi firma sirve como “firma en expediente” (“signature on file”) con el propósito de solicitar mi seguro medico y los pagos por el servicio medico recibido por parte del División de Salud Pública del Condado de Rockingham.
- Autorizo a que se revele información médica y de salud, para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud.
- Entiendo que la información médica y de salud usada y revelada puede incluir información de naturaleza privada y delicada (ejemplo: enfermedades de transmisión sexual).
- Entiendo que este consentimiento es válido por un año a menos que lo anule por escrito.
- Eniendo como parte de la visita pueden ser necesarios servicios de laboratorio u otros que no puedan ser hechos en el División de Salud Pública del Condado de Rockingham entonces recibiré facturas de otras agencias y seré responsable en pagar los costos de dichos exámenes.
- Por lo presente doy mi autorización al División de Salud Pública del Condado de Rockingham para estudios, tratamientos, intervenciones menores, medicos y/o dentales que se considere neccesario en la opinion de mi medico y proveedores de servicios sanitarios, incluyendo la prueba de VIH, análisis, rayos-x. Entiendo que mis datos medicos son estrictamente confidenciales y protegidos por el Estatuto General de Carolina del Norte 130A-143. No se me ha garantizado o asegurado con respecto a los resultados de los estudios, tratamientos, o intervenciones menores. Con mi firma reconosco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario de consentimiento y la oportunidad de rehusar los servicios para mi o el verificado representante del individuo nombrado arriba.
- Yo doy permiso al División de Salud Publica del Condado de Rockingham para cobrarle a mi seguro medico si es que mi diagnostico y tratamiento encluye servicios de enfermedad de transmision sexual. ☐ Si, Yo doy permiso ☐ No, Yo no doy permiso

Firma del Cliente/Representante Pesonal Verificado (marque cual)

_____/_____/_____
Fecha/Date

Firma del Entrevistador/Signature of Interviewer

_____/_____/_____
Fecha/Date

(Translated by CG&MB)