

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

Celeste Philip, MD, MPH
Surgeon General and Secretary

Vision: To be the **Healthiest State** in the Nation

**AUTORIZACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PARA SERVICIOS MEDICOS Y
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION**

Place client label here

Esto certifica que _____ puede participar en los programas de servicios medico y/o dental de el departamento de salud de Alachua County. El programa de el departamento de salud ofrece los siguientes servicios: historial medico, examenes medicos, educacion de salud y nutricion, y evaluaciones de laboratorios diagnosticos para clientes medicos. El programa de el departamento de salud dental ofrece los siguientes servicios: examenes oral para adultos y niños, limpieza, rayos-x, amalgamas y extracciones. El programa tambien ofrece sellar dientes para niños menos de 21 años.

Al firmar esta; yo doy consentimiento para todos los tratamientos presentes y futuros y medicamentos administrados a mí, mi hijo o la persona que tengo en custodia legal al Departamento de Salud del condado de Alachua.

Yo entiendo que yo podría ser referida(o) para un cuidado especial, pruebas de laboratorio y estudios de diagnostico o por hospitalización para un mas alto nivel de cuidado. Si esto fuera necesario, yo seré responsable del pago de cualquiera de estos servicios prestados. Yo entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Alachua no pagara por las pruebas de laboratorio y/o radiográficas, otra prueba de diagnostico, medicamentos u hospitalizaciones. Estos costos serán responsabilidad del paciente.

Yo he leído y entendido esta forma de consentimiento y por la presente autorizo el pago de mis beneficios médicos al doctor/proveedor por los servicios descritos y todos los reclamos que sean sometidos en mi nombre. Yo también pediré que los beneficios sean pagados en la parte que sean asignados estos reclamos. Yo seré responsable por pagar todos los co-pagos de los seguros y los balances que no hayan sido pagos por parte de mi compañía de seguros. Yo entiendo que las reglas financieras del Departamento de Salud requieren que mi cuenta sea referida a la agencia de colecciones después de tres ciclos de facturación con un saldo no pagado.

Firmado _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____ Testigo _____

Yo, _____ doy el consentimiento que todos los extractos de los servicios sean enviados a la dirección indicada a continuación.

Rotulo del cliente _____

Dirección Ciudad Estado Código postal _____

Firma del Cliente o Guardián _____