
Apellido Primer Nombre Iniciales



Macon County
Public Health

Fecha de nacimiento

“Aviso de normas de Privacidad”

Al firmar abajo, estoy reconociendo que:

- ☐ Yo soy el paciente o representante legal de paciente y he recibido una copia de “aviso de normas de Privacidad” de la Salud Publica del condado de Macon. Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el “aviso” si tengo preguntas del contenido de este “Aviso”.
- ☐ Yo entiendo que si los servicios se prestan a mí y yo no soy elegible para el seguro, al tiempo de servicios seré responsable de los gastos ocasionados durante la visita.
- ☐ Todos los números de teléfono proporcionados pueden ser propensos a recibir llamadas telefónicas de un marcador automatizado mediante un mensaje de voz pregrabados, artificial o una llamada de operador vivo. Doy consentimiento expreso para recibir esas llamadas, incluyendo llamadas hechas al número de teléfono celular que les he proporcionado.

- ☐ **Yo autorizo la liberación de cualquier medico/dental u otra información necesaria para procesar esta solicitud de pago. Solicito el pago de beneficios para la salud pública del condado de Macon y entidades asignadas a proveedores de servicios.**

OR

- ☐ **Yo tengo seguro médico/dental pero elijo no tenerlos facturados por los servicios de hoy.**

Firma del paciente o padre/guardián legal/persona legalmente responsable

Fecha

Relación con el paciente

To Be Completed by Staff
Complete all applicable parts – Please refer to instructions

Part 1. Complete if signature requested but not obtained:

Staff member sought but was unable to obtain an acknowledgment from the patient or the patient’s personal representative for the following reason:

- ☐ Patient/personal representative refused to sign form
- ☐ Other _____

Part 2. Complete if patient/personal representative unavailable to sign form on first date of service delivery:

- ☐ Form mailed/sent to patient/personal representative on _____ (Date)

Signature of staff member

Date