



Consent for Use/Disclosure Notice of Privacy Practices

Please print clearly and sign below.

Date of Birth: / /

Name:

I understand that the patient's health information is private and confidential. I understand that CCI Health & Wellness Services (CCI) works very hard to protect the patient's privacy and preserve the confidentiality of the patient's personal health information. I understand that CCI may use and disclose the patient's personal health information to help provide health care to the patient, to handle billing and payment, and to take care of other health care operations. CCI has a detailed document called the Notice of Privacy Practices. It contains more information about the policies and practices protecting the patient's privacy. I understand that I have the right to read the Notice before signing this agreement.

CCI may update this "Notice of Privacy Practices". If asked, CCI will provide me with the most current Notice of Privacy Practices.

Under the terms of this consent, I can ask CCI to limit how the patient's personal health information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. I understand that CCI does not have to agree to my request. If CCI does agree to my request, I understand that CCI would follow the agreed limits.

I may cancel this consent in writing at any time by writing, signing, and dating a letter to CCI Privacy Officer at Support Center, 8630 Fenton Street, Suite 1204, Silver Spring, Maryland 20910. If I write a letter, it must say that I want to revoke my consent to authorize the use and disclosure of the patient's personal health information for treatment, payment, and health care operations.

If I revoke this consent, CCI does not have to provide any further health care services to the patient.

My signature below indicates that I have been given the chance to review and/or received a current copy of CCI's Notice of Privacy Practices.

My signature means that I agree to allow CCI to use and disclose the patient's personal health information to carry out treatment, payment, and health care operations.

Patient or legally authorized individual's signature

X _____ Date: / /

Signed by (circle one): Patient Parent Legal Guardian Caregiver

Please circle those that apply to you. (Optional)

Are you veteran? Yes No

Preferred Language Other than English

Spanish Amharic

Pashto Persian

French Other _____

Preferred Pronouns

He/Him She/Her

They/Them/Us Other _____

Sex assigned at birth? Male Female

How do you describe yourself?

Male Female

Trans male Trans female

Nonconforming

Are you Hispanic or Latino? Yes No

Race

White Black or African American Asian

North American Indian or Alaska Native

South or Central American Indian

Native Hawaiian or Pacific Islander

Sexual Orientation

Straight Gay Lesbian

Bisexual Queer Questioning

Is it ok if a parent or partner learn you are receiving services from CCI? Yes No

May We:

Call your phone number? Yes No

Leave a voicemail message? Yes No

Email you? Yes No

Best Phone Number to Reach You

Email Address

Emergency Contact:

Relationship:

Phone Number:

Email:

Optional

I authorize the following person(s) to receive my personal health care information.

Name	Relationship	Date

How did you learn about CCI? Google Friend Family Dept. of Health PCC Insurer Social Media Provider Other

For Office Use Only

If any of the above is marked NO, marked patient confidential in alert note.

For Adolescent Services/ Family Planning Patients

Please print password here: _____ Include Password in confidential alert note.



Consentimiento para uso / Divulgación Notificación de Prácticas de Privacidad

Por favor escriba claramente y con letra en molde. Asegúrese de completar la planilla y de firmar en la parte de abajo. Fecha de nacimiento

Nombre del Paciente: _____ / / _____

Yo entiendo que la información médica del paciente es privada y confidencial. También que CCI Health & Wellness Services (CCI) está comprometido a proteger la privacidad de cada paciente preservando la confidencialidad de la información médica. También que CCI puede usar y divulgar la información médica personal de cada paciente para ayudar a proveer ayuda médica, para facturación, pagos y para otras acciones relacionadas con la salud. CCI tiene un documento llamado "Reglamento sobre la práctica privada". Contiene información más detallada sobre las pólizas y reglamentos que protegen la privacidad de cada paciente. Entiendo que tengo el derecho de leer la notificación antes de firmar el contrato.

CCI puede modificar la "notificación de práctica privada" si yo lo requiero, CCI debe proveer la copia más reciente de la "Notificación de la práctica privada" una vez modificada.

Bajo los términos de esta autorización, yo puedo limitar a CCI acerca de cómo la información del paciente debe ser usada y divulgada para un tratamiento, pagos y otras acciones relacionadas con la salud. Entiendo que CCI no tiene que estar de acuerdo con mis requerimientos. Si CCI no está de acuerdo con mi requerimiento, entiendo que CCI va a seguir lo acordado en las normas ya establecidas.

Yo puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento de la siguiente forma:

- Firmando y escribiendo la fecha en la forma que CCI me va a entregar que se llama "Revocación de autorización para uso y divulgación de la información medica"
- Escribiendo una carta con fecha y forma que debo enviar a CCI. Si escribo la carta, debo especificar que quiero revocar la autorización del uso y divulgación de la información médica para tratamientos, pagos y cualquier otro tipo de acción relacionada con la salud.

Si yo revoco esta autorización, CCI no tiene la obligación de proveer más servicios de salud al paciente.

Mi firma en este documento indica que he tenido la oportunidad de revisar una copia reciente del "Reglamento sobre la práctica privada" de CCI. Mi firma en este documento significa que yo estoy de acuerdo de permitir que CCI use y divulgue mi información personal de salud para tratamiento, pagos y cualquier otro tipo de acción relacionada con la salud.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha: ____ / ____ / ____

Firmado por (Seleccione uno): Paciente Padre Guardáin Legal Cuidador/a

Seleccione las que le correspondan. (Opcional)

¿Eres veterano? Sí No

Idioma preferido además del inglés

Español Amharic
Pashto Persian
Francés Otra _____

Pronombres preferidos

El / el Ella/ella
Ellos / ellos / nosotros Otro _____

Sexo asignado al nacer? M F

¿Cómo te describes a ti mismo?

Hombre Mujer
Transexual masculino Transexual femenina
Inconformidad de género

¿Eres hispano o latino? Sí No

Raza

Blanco Negro o afroamericano Asiático
Indio norteamericano o nativo de Alaska
Indio de América Central o del Sur
Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

Orientación sexual

Heterosexual Gay Lesbiana
Bisexual Queer Cuestionándose

¿Está bien si un padre o pareja se entera que esta recibiendo servicios de CCI? Sí No

Podemos:

¿Llamar a su número de teléfono? Sí No
¿Dejar un mensaje de correo de voz? Sí No
¿Enviarle un correo electrónico? Sí No

El mejor número de teléfono para contactarlo

Correo electrónico

Contacto de emergencia:

Relación:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Opcional

Autorizo a las siguientes personas a recibir mi información médica personal.

Nombre	Relación	Fecha

¿Cómo se enteró de CCI? Google Amigo Familia Dept. de salud PCC Aseguradora Redes sociales Otro

Sólo para uso de oficina

Si alguno de los anteriores está marcado como NO, haga que el paciente sea confidencial en la nota de alerta.

Para pacientes de servicios para adolescentes / planificación familiar

Imprima la contraseña aquí: _____ Incluya la contraseña en la nota de alerta confidencial.