



Patient Name: _____
 Date of Birth: _____
 MRN: _____

STATEMENT OF INFORMED CONSENT FOR DELIVERY OF SERVICES

Physicians, physician assistants, and advanced practice registered nurses provide medical care services at Peoples Community Clinic (People’s).

Dentists and dental hygienists provide dental care services at People’s.

Psychologists, psychiatrists, licensed clinical social workers (LCSW), and licensed master social workers (LMSW) provide integrated behavioral health care services at People’s. If any part of my behavioral health care involves screening, assessment, or treatment for substance use concerns, I understand that those records receive special confidentiality protections under federal law (42 CFR Part 2).

Nurses, health educators, medical assistants, dental assistants, and community health workers (CHWs) may also provide healthcare-related services. Healthcare-related services may include assessments, treatments, examinations, diagnostic or laboratory procedures, injections or medications, and other routine medical, nursing, or dental care.

Sometimes, People’s serves as a teaching site for advance practice registered nurses, physician assistants, physicians, medical assistants, or dental assistants. Student training is under the direct supervision of People’s clinical staff. I have the right to refuse to be seen by a student.

People’s provides care without regard to a person’s race, color, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, language, disability, pregnancy, gender identity, or sex.

People’s provides some services through Telemedicine. Telemedicine services are secure telephone or video calls with my People’s care team.

People’s provides primary health care. If I have a medical emergency, People’s staff, may triage and determine if I need to go to a local hospital or emergency room.

People’s Community Clinic maintains an electronic health record with information about your health and the services you receive. People’s detailed **Notice of Privacy Practices**, posted at the clinic entrance and available on our website, explains how we protect your information and describes when we are allowed to release information without your consent. I can review the notice at any time and request a copy.

By signing this form, I consent for People’s to provide health care to me (or the minor child in my custody). I understand that I may have to sign other consent forms to receive certain services for myself or my child.

 Printed Name of Patient/Legally Authorized Representative

 Relationship to Patient

 Signature of Patient/Legally Authorized Representative

 Date

 People’s Staff Signature

**THIS CONSENT IS VALID UNTIL I REVOKE IT IN WRITING
 AND WILL RENEW EVERY THREE (3) YEARS FROM THE LAST SIGNED DATE.**



Patient Name: _____
 Date of Birth: _____
 MRN: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Médicos, médico asistente y enfermeras registradas de práctica avanzada brindan servicios de atención médica en Peoples Community Clinic (People’s).

Los dentistas y los higienistas dentales brindan servicios de atención dental en People’s.

Psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos titulados (LCSW) y trabajadores sociales titulados (LMSW) ofrecen servicios integrados de salud del comportamiento en People’s. Si alguna parte de mi atención de salud del comportamiento implica detección preventiva, evaluación o tratamiento por preocupaciones relacionadas con el consumo de sustancias, entiendo que ese tipo de registros reciben protecciones especiales de confidencialidad bajo la ley federal (42 CFR Parte 2).

Las enfermeras, los educadores de la salud, los asistentes médicos, los asistentes dentales y los trabajadores comunitarios de la salud (CHWs por sus siglas en inglés) también pueden brindar servicios relacionados con la atención médica. Los servicios relacionados con la atención médica pueden incluir evaluaciones, tratamientos, exámenes, diagnósticos o procedimientos de laboratorio, inyecciones o medicamentos, y otros cuidados médicos, de enfermería o dental de rutina.

En ocasiones, People’s sirve como un sitio de enseñanza para enfermeras registradas de práctica avanzada, asistentes médicos, médicos, asistentes médicos o asistentes dentales. La capacitación de los estudiantes está bajo la supervisión directa del personal clínico de People’s. Tengo derecho a negarme a ser atendido por un estudiante.

People’s proporciona atención sin tener en cuenta raza, el color, el origen nacional, la religión, el género, la orientación sexual, la edad, el idioma, la discapacidad, el embarazo, la identidad de género o sexo.

Entiendo que algunos servicios podrían ser proporcionados a través de Telemedicina. Los servicios de telemedicina son llamadas telefónicas o video llamadas seguras con mi equipo de cuidado de People’s.

People’s proporciona atención medica primaria de salud. Si tengo una emergencia médica, el personal de People’s puede realizar triage, evaluar y determinar si debo ir a un hospital local o sala de emergencias.

People's mantiene un historial clínico electrónico con información sobre su salud y los servicios que recibe. El detallado Aviso de Prácticas de Privacidad de People’s, publicado en la entrada de la clínica y disponible en nuestra página web, explica cómo protegemos su información y describe cuándo podemos compartirla sin su consentimiento. Puede revisar el aviso en cualquier momento y solicitar una copia.

Al firmar este documento, estoy dando mi consentimiento para que People's me proporcione atención medica a mí (o al menor de edad que esta bajo mi custodia). Entiendo que es posible que tenga que firmar otros formularios de consentimiento para recibir ciertos servicios para mí o para mi hijo(a).

 Nombre del Paciente en Letra de Molde/ Representante Legalmente Autorizado

 Relación con el Paciente

 Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado

 Fecha

 Firma del Personal de People’s

ESTE CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDO HASTA QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO Y SE RENOVARÁ CADA TRES (3) AÑOS A PARTIR DE LA ÚLTIMA FECHA FIRMADA.