



Pt. Name: _____ DOB: _____ SS#: _____ (or attach label)
--

**ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT FORM**

**\_\_\_\_\_ Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices**

I understand that I may request a copy of the "Notice of Privacy Practices" for the Durham County Department of Public Health to read/review at any time during my visit in person or by accessing the most current Notice of Privacy Practices online at [www.dcopublichealth.org](http://www.dcopublichealth.org). I understand that I may contact the person named in the notice if I have questions about the content of the notice.

**\_\_\_\_\_ Consent for Treatment**

I hereby certify in the event medical treatment is needed, such treatment shall be fully explained to me, to my satisfaction, by the Durham County Health Department medical personnel and/or other provider; therefore, I consent to said treatment by the Durham County Health Department medical and healthcare personnel.

**\_\_\_\_\_ Insurance/ Payment Information**

I hereby authorize and request that payment of Medicaid, Medicare and any other Third-Party benefits that I am entitled to be paid directly to Durham County Health Department for all services furnished to me by any of the providers employed or contracted with the facility. I hereby certify that the information provided concerning my income is true and complete and that I have no income other than what I have provided. I understand that I am responsible for any charges not covered by this assignment and any copayments or coinsurances that are specifically excluded from coverage by Medicaid, Medicare or the private insurance listed below.

- Check all that apply:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid         | <input type="checkbox"/> Medicare Part B         |
| <input type="checkbox"/> NC Health Choice | <input type="checkbox"/> Other Insurance Carrier |

**\_\_\_\_\_ Consent for Telehealth**

I understand that telehealth technology will be used to connect an individual with a provider and that such consultation may be conducted by videoconferencing, video images and/or by telephone conference. I hereby consent to Durham County Health Department providing health care services to me via telehealth. I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also apply to telehealth. I understand that I will be responsible for any copayments or coinsurances that apply to my telehealth visit. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telehealth in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment. I may revoke my consent orally or in writing at any time by contacting Durham County Health Department.

\_\_\_\_\_  
Name of Beneficiary

\_\_\_\_\_  
Policy/ ID Number

*For Third Party Coverage:*

\_\_\_\_\_  
Name of Policy Holder

\_\_\_\_\_  
Group Number

\_\_\_\_\_  
Claims Mailing Address

**My signature indicates that I agree to all of the initialed items above.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/ Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

**VERBAL VERSIONS**

**\_\_\_\_\_ Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices**

I understand that I may request a copy of the "Notice of Privacy Practices" for the Durham County Department of Public Health to read/review at any time during my visit in person or by accessing the most current Notice of Privacy Practices online at [www.dcopublichealth.org](http://www.dcopublichealth.org). I understand that I may contact the person named in the notice if I have questions about the content of the notice.

**\_\_\_\_\_ Consent for Treatment**

I understand that in the event medical treatment is needed, such treatment shall be fully explained to me, to my satisfaction, by the Durham County Health Department medical personnel and/or other provider; therefore, I consent to said treatment by the Durham County Health Department medical and healthcare personnel.

**\_\_\_\_\_ Insurance/ Payment Information**

I authorize and request that payment of Medicaid, Medicare and any other Third-Party benefits that I am entitled to be paid directly to Durham County Health Department for all services furnished to me by any of the providers employed or contracted with the facility. I certify that the information provided concerning my income is true and complete and that I have no income other than what I have provided. I understand that I am responsible for any charges not covered by this assignment and any copayments or coinsurances that are specifically excluded from coverage by Medicaid, Medicare or the private insurance companies.

**\_\_\_\_\_ Consent for Telehealth**

I understand that telehealth technology will be used to connect an individual with a provider and that such consultation may be conducted by videoconferencing, video images and/or by telephone conference; and I authorize the Durham County Department of Health to provide me with health care services through telehealth without the need for me to sign a consent form. I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also apply to telehealth. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telehealth in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment. I may revoke my consent orally or in writing at any time by contacting Durham County Health Department.



Nombre del Pt: _____ FDN: _____ #SS: _____ <i>(o pegue etiqueta)</i>
---

### FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

#### \_\_\_\_\_ Reconocimiento de la recepción del Aviso de Normas de Privacidad

Por medio de este documento reconozco que "El Aviso de Prácticas de Privacidad" para el Departamento de Salud Pública del Condado de Durham fue mostrado para que yo lea /revise. Entiendo que puedo solicitar una copia del aviso en cualquier momento durante mis visitas. Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

#### \_\_\_\_\_ Consentimiento para tratamiento

Por medio de este documento certifico que en caso de que sea necesario tratamiento médico, dicho tratamiento me será explicado completamente, a mi satisfacción, por el personal médico del Departamento de Salud del Condado de Durham y/u otro proveedor; por lo tanto, doy mi consentimiento para dicho tratamiento por parte del personal médico y de salud del Departamento de Salud del Condado de Durham.

#### \_\_\_\_\_ Información sobre seguro y pago

Por medio de este documento autorizo y solicito que los pagos de Medicaid, Medicare y cualquier otro beneficio proveniente de terceras partes al cual yo tengo derecho sean enviados directamente al Departamento de Salud del Condado de Durham por los servicios que me hayan prestado los proveedores, empleados o personal contratado por tal establecimiento. Por medio de este documento certifico que la información que he suministrado sobre mis ingresos es verdadera y completa y que no tengo ingresos fuera de los que he indicado. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por esta asignación y cualquier copago o coseguro que queden específicamente excluido de la cobertura por Medicaid, Medicare o la aseguradora privada que se indica abajo.

Marque todos los que corresponda:  Medicaid  Parte B de Medicare  
 NC Health Choice  Otra aseguradora

#### \_\_\_\_\_ Consentimiento para Telesalud o Telemedicina

Entiendo que la tecnología de telesalud se utilizará para conectar a una persona con un proveedor y que dicha consulta puede llevarse a cabo mediante videoconferencia, imágenes de vídeo y / o por conferencia telefónica. Por medio de este documento doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Condado de Durham me brinde servicios de atención médica a través de telesalud. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telesalud. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con el Departamento de Salud del Condado de Durham.

\_\_\_\_\_  
Nombre del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Número de identificación o póliza

*Para cobertura de terceras partes:*

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Número de grupo

\_\_\_\_\_  
Dirección postal para enviar las reclamaciones

**Mi firma indica que estoy de acuerdo con los artículos junto a los cuales he puesto mis iniciales.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **VERSIONES VERBALES**

#### **\_\_\_\_\_ Reconocimiento de la recepción del Aviso de Normas de Privacidad**

Entiendo que puedo solicitar una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" para el Departamento de Salud Pública del Condado de Durham para leerlo/ revisarlo en cualquier momento durante mi visita en persona o accediendo al Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente en línea en [www.dcopublichealth.org](http://www.dcopublichealth.org).

Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

#### **\_\_\_\_\_ Consentimiento para tratamiento**

Entiendo que en caso de que sea necesario tratamiento médico, dicho tratamiento me será explicado completamente, a mi satisfacción, por el personal médico del Departamento de Salud del Condado de Durham y/u otro proveedor; por lo tanto, doy mi consentimiento para dicho tratamiento por parte del personal médico y de salud del Departamento de Salud del Condado de Durham.

#### **\_\_\_\_\_ Información sobre seguro y pago**

Autorizo y solicito que los pagos de Medicaid, Medicare y todo otro beneficio proveniente de terceras partes al cual yo tengo derecho sean enviados directamente al Departamento de Salud del Condado de Durham por los servicios recibidos. Certifico que la información que he suministrado sobre mis ingresos es verdadera y completa y que no tengo ingresos fuera de los que he indicado. Entiendo que soy responsable por cargos no cubiertos por esta asignación o por cantidades que queden específicamente excluidas de la cobertura de Medicare, Medicaid o aseguradoras privadas.

#### **\_\_\_\_\_ Consentimiento para Telesalud o Telemedicina**

Entiendo que la tecnología de telesalud se utilizará para conectar a una persona con un proveedor y que dicha consulta puede llevarse a cabo mediante videoconferencia, imágenes de vídeo y/ o por conferencia telefónica; y autorizo al Departamento de Salud del Condado de Durham a proporcionarme servicios de atención médica a través de telesalud sin la necesidad de que firme un formulario de consentimiento. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con el Departamento de Salud del Condado de Durham.