



INITIATION OF SERVICES

PART I CLIENT-PROVIDER RELATIONSHIP CONSENT

Client Name: _____

Name of Agency: Florida Department of Health-Hillsborough County

Agency Address: 8605 N. Mitchell Ave. Tampa, FL 33604

I consent to entering into a client-provider relationship. I authorize Department of Health staff and their representatives to render routine health care. I understand routine health care is confidential and voluntary and may involve medical office visits including obtaining medical history, examination, administration of medication, laboratory tests and/or minor procedures. I may discontinue the relationship at any time.

PART II DISCLOSURE OF INFORMATION CONSENT (treatment, payment or healthcare operations purposes only)

I consent to the use and disclosure of my medical information; including medical, dental, HIV/AIDS, STD, TB, substance abuse prevention, psychiatric/psychological, and case management; for treatment, payment and health care operations.

PART III MEDICARE PATIENT CERTIFICATION, AUTHORIZATION TO RELEASE, AND PAYMENT REQUEST

(Only applies to Medicare Clients)

As Client/Representative signed below, I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize the above agency to release my medical information to the Social Security Administration or its intermediaries/carriers for this or a related Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable for physician's services to the above named agency and authorize it to submit a claim to Medicare for payment.

PART IV ASSIGNMENT OF BENEFITS (Only applies to Third Party Payers)

As Client /Representative signed below, I assign to the above named agency all benefits provided under any health care plan or medical expense policy. The amount of such benefits shall not exceed the medical charges set forth by the approved fee schedule. All payments under this paragraph are to be made to above agency. I am personally responsible for charges not covered by this assignment.

PART V MY SIGNATURE BELOW VERIFIES THE ABOVE INFORMATION AND RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

Client/Representative Signature

Self or Representative's Relationship to Client

Date

Witness (optional)

Date

PART VI WITHDRAWAL OF CONSENT

I, _____ WITHDRAW THIS CONSENT, effective _____
Client/Representative Signature Date

Witness (optional)

Date

Client Name: _____

ID#: _____

DOB: _____



COMIENZO DE SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO A LA RELACION CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del Cliente: _____

Nombre de la Agencia: Florida Department of Health-Hillsborough County

Dirección de la Agencia: 8605 N. Mitchell Ave. Tampa, Fl 33604

Yo doy mi consentimiento para establecer una relación cliente- proveedor. Yo autorizo al personal del Departamento de Salud y sus representantes a brindarme cuidado de salud de rutina. Comprendo que el cuidado de salud de rutina es confidencial y voluntario y puede incluir visitas médicas a consulta externa que incluyen: obtener historial médico, examen físico, administración de medicamentos, análisis o pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Comprendo que puedo terminar esta relación en cualquier momento.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION (para tratamiento, obtener pagos u operaciones de cuidado de salud solamente)

Yo doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica; incluyendo: historial medico, dental, VIH/SIDA, ETS, TB, prevención de abuso de sustancias, psiquiátricos/psicológicos y seguimiento de mi caso; con fines de continuar tratamiento, obtener pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

PARTE III CERTIFICACION DE CLIENTE CON MEDICARE, AUTORIZACION PARA DIVULGACION Y SOLICITUD DE PAGO (Solo para clientes con Medicare)

Como Cliente/Representante Legal abajo firmante, certifico que la información que he brindado con el objetivo de obtener pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, es correcta. Autorizo a la Agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/portadores con relación a ésta u otras solicitudes de pago a Medicare. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar una solicitud de pago a Medicare.

PARTE IV CESION DE BENEFICIOS (Solo para pagos efectuados por Terceros)

Como Cliente/Representante Legal abajo firmante, hago cesión a la agencia arriba mencionada de todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de salud o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no debe exceder los cargos por servicios médicos establecidos en el listado de aranceles aprobado. Todos los pagos comprendidos en este párrafo deben ser efectuados a la agencia arriba mencionada. Yo soy personalmente responsable por el pago de cualquier cargo no cubierto por esta cesión.

PART V MI FIRMA CONFIRMA LA VERACIDAD DE LA INFORMACION INCLUIDA ARRIBA. ACUSO RECIBO DEL FOLLETO "AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD".

Firma del Cliente /Representante Legal

Relación o parentesco con el Cliente

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VI ANULACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____
Firma del Cliente/Representante Legal

ANULO ESTE CONSENTIMIENTO, a partir de _____
Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Client Name: _____

ID#: _____

DOB: _____