



CONSENT FOR TREATMENT SERVICES

I authorize **Blackstone Valley Community Health Care** to provide any and all medical and dental procedures, tests, and/or treatment services deemed to be necessary by the Center to myself, my minor child, or individual for whom I am legal guardian/personal agent.

Patient Name

Date of Birth

Date

Consent for Payment

I authorize BVCHC to obtain reimbursement from any eligible health insurance coverage for services provided, which are covered under my insurance plan. I understand that BVCHC may be required to provide my insurance plan with certain patient identifying and clinical information, including drug and alcohol information, in order to obtain authorization for treatment and payment for services. I agree to disclose the identity of any other party who may be responsible for paying for the services provided by BVCHC. I understand that my records are protected under the Federal Confidentiality Regulation and under the General Laws of the State of Rhode Island and cannot be disclosed without my written consent except as otherwise specifically provided by law. I understand payment is expected at the time of service and that I am responsible for reimbursing BVCHC for any co-pays, unmet deductibles, and non-covered services agreed to in the treatment plan. Insurance co-payments and deductibles cannot be waived.

Patient's Rights/Complaint Procedure

I am aware of my rights as a patient of Blackstone Valley Community Health Care and have been provided a copy of my rights and the Center's complaint procedure.

Consent for Uses and Disclosures of Personal Health Information

I understand that all personal health information (PHI) describing history, symptoms, diagnoses, treatment, test results, and plans for treatment can be used for the purpose of:

- Planning care and treatment;
- A means of communication among the professionals who contribute to your care;
- Applying a diagnosis to a bill;
- A means by which third-party payers can verify that services billed were actually provided;
- Routine healthcare operations assessing service delivery and quality of care.

I understand that I have the right to request how (PHI) may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations and the organization is not required to agree to the request.

Patient/Legal Guardian Signature

Date

Witness Signature

CONSENTIMENTO PARA SERVIÇOS DE TRATAMENTO

Eu autorizo a Assistência à Saúde Comunitária da Blackstone Valley a fornecer todo e qualquer procedimento médico e odontológico, exames e / ou serviços de tratamento considerados necessários pelo Centro para mim, para meu filho menor ou para o indivíduo para quem sou responsável legal / agente pessoal.

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Data

Consentimento para pagamento

Eu autorizo o BVCHC a obter reembolso de qualquer cobertura de seguro de saúde elegível para serviços prestados, que são cobertos pelo meu plano de seguro. Entendo que o BVCHC pode ser obrigado a fornecer ao meu plano de seguro determinadas informações clínicas e de identificação do paciente, incluindo informações sobre drogas e álcool, a fim de obter autorização para tratamento e pagamento de serviços. Concordo em divulgar a identidade de qualquer outra parte que possa ser responsável pelo pagamento dos serviços prestados pelo BVCHC. Entendo que meus registros estão protegidos pelo Regulamento de Confidencialidade Federal e sob as Leis Gerais do Estado de Rhode Island e não podem ser divulgados sem meu consentimento por escrito, exceto quando especificamente previsto em lei. Eu entendo que o pagamento é esperado no momento do serviço e que eu sou responsável por reembolsar o BVCHC por qualquer co-pagamento, franquias não cumpridas e serviços não cobertos acordados no plano de tratamento. Cobranças de seguros e franquias não podem ser dispensadas.

Direitos do paciente / Procedimento de reclamação

Estou ciente dos meus direitos como paciente da Assistência à Saúde da Comunidade de Blackstone Valley e recebi uma cópia dos meus direitos e do procedimento de reclamação do Centro.

Consentimento para Usos e Divulgações de Informações de Saúde Pessoal

Eu entendo que todas as informações pessoais de saúde (PHI) descrevendo histórico, sintomas, diagnósticos, tratamento, resultados de testes e planos de tratamento podem ser usados com a finalidade de:

- Planejamento de cuidados e tratamento;
- Um meio de comunicação entre os profissionais que contribuem para o seu atendimento;
- Aplicar um diagnóstico a uma fatura;
- Um meio pelo qual os pagadores de terceiros podem verificar se os serviços faturados foram realmente fornecidos;
- Operações de cuidados de saúde de rotina que avaliam a prestação de serviços e a qualidade dos cuidados.

Entendo que tenho o direito de solicitar como (PHI) pode ser usado ou divulgado para realizar tratamento, pagamento ou operações de assistência à saúde e a organização não é obrigada a concordar com a solicitação.

Assinatura do paciente / responsável legal

Data

Assinatura da testemunha