

LINCOLN COUNTY VERBAL COMMUNICATION CONSENT FORM

With the implementation of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), LINCOLN COUNTY HEALTH DEPARTMENT must have your specific authorization to share any of your Protected Health Information (PHI) with a spouse or family member or to leave a message regarding your health care on your voicemail and/or answering machine. This is especially helpful in case there is an urgent need to contact you if we need to reschedule your appointment.

(Please initial below)

_____ I agree to allow LINCOLN COUNTY HEALTH DEPARTMENT to contact me in the following methods regarding my appointments, private health information, evaluation, and/or treatment. I authorize LINCOLN COUNTY HEALTH DEPARTMENT to leave messages for me when I am unavailable. I understand that messages may contain confidential information.

How to Contact Me:	Okay to Call?	Okay to leave a Message?
Home:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cell:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Text Messages:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Work:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Alternate:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

(Please initial below)

_____ I authorize LINCOLN COUNTY HEALTH DEPARTMENT staff to discuss my health care information (which may include history, diagnosis, labs, evaluation findings, treatment and other health information) with the contacts listed below. I understand that by leaving spaces blank I am indicating my choice to be "No Information" and I do not want any information released to anyone else.

Verbal communication regarding my treatment can be shared with (please print):

Contact Name	Relationship	Contact phone #

ACKNOWLEDGEMENT & CONSENT (Please initial by each statement below)

_____ I understand that a text can only be used for appointment reminders. By agreeing to text communication, I understand I must give a cell phone number and have a text enabled cell phone plan.

_____ I understand that I may revoke this consent at any time by so advising LINCOLN COUNTY HEALTH DEPARTMENT in writing. My revocation of consent will not affect my ability to obtain future health care nor will it cause the loss of any benefits to which I am otherwise entitled.

_____ I have read and understand this form. I have had the opportunity to ask questions and my questions have been answered to my satisfaction.

By my signature below I acknowledge that I have read and understand the information provided on this consent form. I understand the risk associated with the different methods of communication, especially texting, and consent to the conditions, restrictions and patient responsibilities.

(Patient Name Printed)

(Date)

(Patient/Legal Representative Signature)

(Relationship to Patient)

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN VERBAL DEL CONDADO LINCOLN

Con la implementación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO LINCOLN debe tener su autorización específica para compartir su Información de Salud Protegida (PHI) con su pareja o algún miembro de la familia o dejar un mensaje acerca de su salud en el mensaje de voz y/o contestadora de voz. Esto es especialmente útil en caso de que haya una urgencia de comunicarnos con usted para cambiar su cita.

(Por favor ponga iniciales abajo)

_____ Estoy de acuerdo en que el DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO LINCOLN se comunique conmigo en los siguientes métodos acerca de mis citas, información de salud privada, evaluación, y/o tratamiento. Autorizo al DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO LINCOLN en dejarme mensajes cuando no esté disponible. Entiendo que los mensajes pueden contener información confidencial.

Como comunicarse conmigo:	Se le puede llamar?	Se le puede dejar un mensaje?
Casa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Celular:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mensajes de Texto:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trabajo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alternativo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(Por favor ponga iniciales abajo)

_____ Autorizo al personal del DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO LINCOLN comentar sobre mi información de salud médica (cual puede incluir historial, diagnóstico, exámenes de laboratorio, resultados de evaluación, tratamientos y otra información de salud) con los contactos anotados abajo. Entiendo que al dejar espacios en blanco estoy indicando que mi decisión es "No Información" y no quiero que mi información sea divulgada con nadie más.

Comunicación Verbal acerca de mi tratamiento puede ser compartida con (Por favor imprima):

<u>Nombre de Contacto</u>	<u>Relación</u>	<u>Numero de Contacto #</u>

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO (Por favor ponga sus iniciales al lado de cada declaración abajo)

_____ Entiendo que un texto solo puede ser usado como recordatorio de citas. Al estar de acuerdo con comunicación textual, entiendo que debo dar un número de celular y tener un plan de teléfono con textos.

_____ Entiendo que puedo revocar este consentimiento a cualquier hora informándole al DEPARTAMENTO DE SALUD LINCOLN por escrito. Mi revocación del consentimiento no afectara mi habilidad para obtener cuidado médico en el futuro ni causara alguna perdida a los beneficios a los cuales tengo derecho.

_____ He leído y entiendo este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo la información proveída en este consentimiento. Entiendo el riesgo asociado con los diferentes métodos de comunicación, especialmente textos, y el consentimiento a las condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente.

(Nombre del Paciente Impreso)

(Fecha)

(Firma del Paciente/ Representante Legal)

(Relación al Paciente)