



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

Fitchburg Community Health Center/Greater Gardner Community Health Center  
Leominster Community Health Center/ACTION Community Health Center

## Consentimiento Para Tratamiento Médico

Yo, \_\_\_\_\_, Fec. Nac: \_\_\_\_\_ por este medio autorizo a proveedores/enfermeros de Community Health Connections a administrar tratamiento médico y/o procedimientos recomendados por mis proveedores médicos después de hablar al respecto. Yo autorizo el intercambio de mi información médica al Departamento de Salud Conductual y Dental de Community Health Connections según sea necesario para la coordinación de mis servicios. Yo entiendo que los servicios de Salud Conductual son integrados con mi Cuidado Primario y puede ser incluido en mi plan de tratamiento. Yo autorizo a Community Health Connections que emita cualquier información necesaria a terceros/o profesionales de salud incluyendo el diagnostico, y registro de tratamiento o examen conferido durante mi cuidado. Yo autorizo y solicito que la compañía de mi seguro pague directamente a Community Health Connections por la atención que he recibido.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **(Paciente Menor)**

Yo, \_\_\_\_\_, (Padre/Guardián Legal) de \_\_\_\_\_  
Fec. Nac: \_\_\_\_\_ por este medio autorizo a proveedores/enfermeros de Community Health Connections a administrar tratamiento médico y/o procedimientos recomendados por los proveedores médicos de mi hijo/a después de hablar conmigo al respecto. Yo autorizo el intercambio de información médica de mi hijo/a al Departamento de Salud Conductual y Dental de Community Health Connections según sea necesario para la coordinación de servicios. Yo entiendo que los servicios de Salud Conductual son integrados con el Cuidado Primario del menor y puede ser incluido en su plan de tratamiento. Yo autorizo a Community Health Connections que emita cualquier información necesaria a terceros/o profesionales de salud incluyendo el diagnostico, y registro de tratamiento o examen conferido al menor durante su cuidado. Yo autorizo y solicito que la compañía del seguro del menor pague directamente a Community Health Connections por la atención que el menor ha recibido.

Las siguientes personas son autorizadas a consentir la atención de mi niño/a:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_