

## I. Consent for Treatment, Information Release for Billing, and Payment

Thank you for choosing Berks Community Health Center (BCHC) for your health care.

Please review and sign the following Consent to Treatment, Information Release and Payment before receiving treatment. If you have any questions about our treatment or payment policies, please do not hesitate to ask. Your signature below confirms that you consent to, understand and agree that:

### **CONSENT TO TREATMENT**

- I voluntarily consent to receive medical and health care services provided by BCHC.
- I will have the opportunity to discuss the risks and benefits of proposed standard treatments, and the likelihood of reaching my goals, with the physician or health professional to my satisfaction.
- I will have the opportunity to discuss the risks and benefits of available alternative treatments, and the likelihood of reaching my goals, with the physician or health professional to my satisfaction.
- I have the right to consent to or to refuse any proposed procedure or treatment at any time.
- BCHC will provide the best care possible consistent with the prevailing standards of medical practice but has made no assurances or guarantees as to the results of treatment.
- Subject to the foregoing, my physician or CRNP and BCHC's clinical and support employees may administer any treatment or perform any procedures deemed advisable by my provider in my care and treatment.
- In the event that a BCHC employee is significantly exposed to my blood or body fluids in a manner which may transmit HIV (human immunodeficiency virus), hepatitis B virus, or hepatitis C virus, upon my receipt of the appropriate certification of such significant exposure of the BCHC health care provider pursuant to 35 P.S. § 7606 (b)(2), I hereby agree to consent to the testing of my blood and/or body fluids for these infections and to the release of test results to the person who has been exposed. I will be offered the opportunity for face-to-face disclosure of test results and immediate and follow-up counseling.
- Before prescribing or dispensing any Schedule II controlled substance to me, BCHC may request and review information from the Pennsylvania Prescription Monitoring Program regarding my prior receipt of Schedule II controlled substances.

### **CONSENT TO INFORMATION RELEASE FOR BILLING**

- I authorize BCHC to release medical record information required by third-party payers to reimburse BCHC for services I receive. I understand that this required information includes data on my medical history including, if applicable, information on substance abuse, mental or emotional illness, and HIV and other infectious diseases.
- I certify that the information I provide for claims processing is accurate, and I will keep it updated.

### **CONSENT FOR PAYMENT**

- By signing this document, I agree to assign to BCHC any and all health care benefits to which I am entitled under any insurance policy (hospitalization, major medical, workers' compensation, or any other insurance or benefit plan) and authorize, to the extent permitted by law, payment of those benefits directly to BCHC.
- If I do not have health care benefits, I agree to provide BCHC with the documentation required to qualify for BCHC's sliding fee discount program, and to keep this information updated at BCHC.
- I agree to pay all charges, co-payments and deductibles for rendered services that are required by or not covered by my benefits plan.

---

Patient Name (Printed) \_\_\_\_\_ Patient Date of Birth \_\_\_\_\_ Signature of Patient or Parent/Guardian \_\_\_\_\_

---

Parent/Guardian Name (Printed) \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Date Signed \_\_\_\_\_

---

## II. Acknowledgement of Receipt of BCHC's Notice of Privacy Practices (CHECK ONE)

- I have received Berks Community Health Center's Notice of Privacy Practices.

---

Patient Name (Printed) \_\_\_\_\_ Patient Date of Birth \_\_\_\_\_ Signature of Patient or Parent/Guardian \_\_\_\_\_

- Patient refused to sign acknowledgement of BCHC's Notice of Privacy Practices.

---

Print Name of PSR/BCHC Representative \_\_\_\_\_ PSR/BCHC Rep Signature \_\_\_\_\_ Date Signed \_\_\_\_\_

**I. Consentimiento Para Tratamiento, Divulgación de Información para Facturación y Pago**

Gracias por elegir al Berks Community Health Center (BCHC) como su centro primario de cuidado de salud.

Le pedimos que, antes de recibir tratamiento, revise y firme los siguientes Consentimientos de Tratamiento, Publicación de Información y Pago. En caso que usted tuviese alguna pregunta sobre nuestro tratamiento o póliza de pago, no dude en preguntarnos. Al firmar abajo usted confirma que usted consiente, entiende y está de acuerdo con:

**CONSENTIMIENTO A RECIBIR TRATAMIENTO**

- Yo consiento voluntariamente a recibir los servicios de cuidado médico y de salud provistos por el BCHC.
- Yo tendré la oportunidad de discutir mi satisfacción, con el médico o profesional de salud, los riesgos y beneficios de los procedimientos propuestos y la probabilidad de alcanzar mis metas.
- En cualquier momento, tengo el derecho a consentir o rehusar cualquier procedimiento o tratamiento propuesto.
- BCHC proveerá el mejor cuidado posible de forma consistente con los estándares prevalecientes de la práctica médica, pero no promete seguridad o garantía de los resultados del tratamiento.
- Con relación a lo antes mencionado, mi médico o CRNP en conjunto con el personal clínico y de apoyo en el BCHC, podrá administrar cualquier tratamiento o realizar cualquier procedimiento que mi proveedor considere recomendable para mi cuidado y tratamiento.
- En caso de que un empleado de BCHC sea expuesto de forma significativa a mi sangre o flujo corporal, de tal manera que pudiese contagiarse con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el virus de Hepatitis B o el virus de Hepatitis C, después de yo haber recibido la certificación apropiada de dicha exposición por parte del proveedor de salud del BCHC de acuerdo con la 35 P.S. § 7606 (b)(2), yo por este medio estoy de acuerdo y doy consentimiento a que se me realicen las pruebas de dichas infecciones en mi sangre y/o flujo corporal y que se compartan los resultados con la persona que fue expuesta. Se me ofrecerá la oportunidad de informarme los resultados en persona y de asesoramiento inmediato y de seguimiento.
- Antes de recetarme o despacharme cualquier sustancia controlada del Programa II, BCHC puede pedir y revisar mi información en el Programa de Control de Recetas en Pennsylvania sobre mi receta previa de sustancias controladas del Programa II.

**CONSENTIMIENTO A PUBLICAR MI INFORMACION**

- Yo autorizo a BCHC a que comparta la información de mi expediente médico con cualquier tercera persona responsable del pago para que se le reembolse a BCHC por los servicios recibidos. Yo entiendo que la información requerida incluye la data de mi historial médico incluyendo, si aplica, información sobre abuso de sustancias controladas, enfermedad mental o emocional y VIH u otras enfermedades infecciosas.
- Yo certifico correcta la información que he provisto para el procesamiento de reclamaciones, y la mantendré actualizada.

**CONSENT FOR PAYMENT**

- Al firmar este documento, yo estoy de acuerdo en asignar y autorizo a que BCHC reciba directamente, hasta lo que conceda la ley, el pago de cualquier y todos los beneficios de cuidado de salud a los cuales yo tenga el derecho a reclamar bajo cualquier póliza de seguro (hospitalización, cuidado médico, compensación al trabajador, o cualquier otro seguro o plan de beneficios).
- Si no tengo beneficios de cuidado de salud, estoy de acuerdo en proveerle a BCHC la documentación requerida para cualificar para la escala ajustable de honorarios de BCHC y mantendré esta información actualizada.
- Yo estoy de acuerdo en pagar todos los cargos, co-pagos y deducibles por los servicios prestados los cuales son requeridos o no son cubiertos por mi plan de beneficios.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado

**II. RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE BCHC (SELECCIONE UNO)**

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad del Berks Community Health Center.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre del Paciente o Guarda Legal

El paciente se rehúsa a firmar el reconocimiento de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad de BCHC.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de PSR/Representante BCHC

\_\_\_\_\_  
Firma de PSR/Representante BCHC

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado