

Keystone Pediatrics Clinic at Chambersburg Area Senior High School

Preauthorization/Consent to Treatment and Assignment of Benefits

Patient/Student Information

Last Name: _____ First Name: _____

Date of Birth: _____ Home Phone: _____

A signed copy of this form is required for Keystone Health to provide routine treatment to the patient/student identified above. If the patient/student identified above is 18 years of age or older, has been pregnant, or has been married, then the patient/student may sign this form on his or her own behalf. Otherwise, this form must be signed by the student/patient's parent or guardian.

Preauthorization/Consent to Treatment

By signing below, I authorize and grant my consent for Keystone Health to provide routine medical treatment to the patient/student identified above at the Keystone Pediatrics Clinic at Chambersburg Area Senior High School. Routine medical treatment includes physical exams, treatment of injuries and illness, immunizations, screenings to test for illnesses, evaluation of behavioral health issues, and developmental assessments, as deemed necessary or advisable by Keystone Health's providers and/or assistants.

I further consent to disclosure by Keystone Health and its related entities of the protected health information of the patient/student identified above to other health care providers as needed for treatment and/or coordination of care.

The consents given above are valid from the date of my signature below until the end of the current school year, unless I revoke them earlier in writing to Keystone Health.

Assignment of Benefits

By signing below, I assign the benefits payable for physician services to Keystone Health, and authorize Keystone Health to submit a claim to the insurance carrier of the patient/student identified above for payment of benefits. In the event the insurance carrier forwards payment directly to me, I will deliver such payment to Keystone Health. I understand that I am financially responsible to Keystone Health for charges not covered by this authorization. I understand that additional charges may be incurred by outside agencies for x-rays, laboratory studies, and durable medical equipment. I authorize Keystone Health to release such information of the patient/student identified above as may be necessary for the completion of insurance claims for services provided by Keystone Health.

Notice of Privacy Practices

I verify that I have been provided with a copy of Keystone Health's Notice of Privacy Practices.

Signature

Relationship to Patient/Student

Print Name

Date

Clínica Pediátrica Keystone en la Chambersburg Senior High School
Preautorización / Consentimiento para el tratamiento y asignación de beneficios

Información paciente / estudiante

Apellido(s) _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa _____

Keystone Health [*Salud Keystone*] requiere una copia firmada de este formulario para proporcionar tratamiento rutinario al / a la estudiante anteriormente identificado/a. Si el/la estudiante anteriormente identificado/a tiene 18 años o más, ha estado encinta, o ha estado casado/a, luego el/la paciente // estudiante puede firmar este formulario por sí mismo/a. En caso contrario, el padre o la madre o guardián tiene que firmar este formulario.

Preautorización / Consentimiento para el tratamiento

Al firmar a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para que Keystone Health proporcione tratamiento médico rutinario al / a la paciente // estudiante anteriormente identificado/a en la Clínica Pediátrica Keystone en el Chambersburg Area Senior High School [*La Escuela Secundaria Superior del Área de Chambersburg*]. El tratamiento rutinario incluye exámenes físicos [chequeos físicos], el tratamiento de lesiones y enfermedades, inmunizaciones, pruebas para detectar enfermedades, evaluaciones de problemas de salud mental y evaluaciones de desarrollo, si los proveedores o ayudantes de Keystone Health los juzgan necesarios.

Además, consiento que Keystone y sus entidades relacionadas divulguen la información médica protegida del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a a otros proveedores de atención médica según sea necesario para el tratamiento y/o la coordinación de cuidado.

Estos consentimientos anteriormente dados están vigentes desde la fecha de mi firma a continuación hasta el fin del año escolar actual, a menos que yo los revoque por escrito a Keystone Health.

Asignación de beneficios

Al firmar a continuación, asigno los beneficios pagables por los servicios de los médicos a Keystone Health, y autorizo a Keystone Health para presentar un reclamo a la aseguradora del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a. En el caso de que la aseguradora me mande directamente el pago, entregaré tal pago a Keystone Health. Entiendo que soy financieramente responsable a Keystone por los cargos no cubiertos por la autorización. Entiendo que es posible que agencias de fuera incurran en cargos adicionales por rayos X, estudios de laboratorio, y aparatos médicos duraderos. Autorizo a Keystone Health para divulgar tal información del / de la paciente // estudiante anteriormente identificado/a como sea necesario para complementar los reclamos de seguro para servicios proporcionados por Keystone Health.

Aviso de las prácticas de confidencialidad

Verifico que me han proporcionado una copia del "Aviso de las prácticas de confidencialidad" de Keystone Health.

Firma

Relación con el / la estudiante

Escriba su nombre en letra molde

Fecha

KEYSTONE HEALTH CLINIC AT CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL

HIPAA/FERPA AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient/Student Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ Phone: _____

By signing below, I authorize:

☐ Keystone Rural Health Center to use or disclose certain health information about the patient/student named above to Chambersburg Area Senior High School

☐ Chambersburg Area Senior High School to use or disclose certain health information about the patient/student named above to Keystone Rural Health Center

The type of information to be used or disclosed is as follows: _____

Dates of treatment: _____

The information will be used or disclosed for the following purpose(s): _____

Special Records: Medical records disclosed by Keystone Rural Health Center **will not include** records of drug and alcohol abuse program treatment, mental health treatment, or confidential HIV and AIDS related information **unless the specific boxes below are checked**. Checking the boxes is not a representation that such information exists.

☐ Include Drug and Alcohol Treatment Records (protected by the Drug & Alcohol Abuse Control Act, 71 P.S. § 1690.108)

☐ Include Mental Health Records (protected by the Mental Health Procedures Act, 50 P.S. § 7111)

☐ Include AIDS/HIV - Related Records (protected by Confidentiality of HIV-Related Information Act, 35 P.S. § 7607)

1. This authorization will expire: ☐ Date: _____, or ☐ Event: _____. Unless otherwise specified, this authorization will expire one year after the date of this request.
2. I understand that I have a right to change or revoke this authorization at any time by providing written notification to the party(s) authorized to disclose information above. I understand that revocation will not have any effect on actions taken prior to the revocation.
3. This authorization is voluntary and at my request. I understand that my medical treatment or payment for services will not be affected if I do not sign this authorization.
4. I understand Keystone Rural Health Center and Chambersburg Area Senior High School will not disclose the information they receive from each other pursuant to this consent/authorization without additional prior appropriate consent/authorization. I understand that information provided by Keystone Rural Health Center to Chambersburg Area Senior High School becomes part of the student's educational record, and may no longer be protected by HIPAA if the information is re-disclosed.
5. Keystone Rural Health Center will retain a copy of this authorization in the student/patient's medical record for six years. Chambersburg Area Senior High School will retain a copy of this consent in the student/patient's file.
6. **By signing below, I consent to and authorize the release of the medical information requested, and waive the confidentiality protection afforded by Pennsylvania statutory law for any Special Records identified above.**

Signature of Patient or Patient's Representative/Guardian

Date

Name of Patient's Representative/Guardian

Relationship to Patient

KEYSTONE HEALTH CLINIC AT CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL

HIPPA/FERPA AUTHORIZATION TO USE OR DISEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

**CLÍNICA DE KEYSTONE HEALTH EN CHAMBERSBURG AREA SENIOR HIGH SCHOOL
AUTORIZACIÓN HIPPA/FERPA PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre paciente/estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Al firmar a continuación, autorizo a:

☐ Keystone Rural Health Center [Centro de Salud Rural
Keystone] para que use o divulgue cierta información médica
sobre el/la paciente/estudiante anteriormente nombrado/a a
Chambersburg Area Senior High School

☐ Chambersburg Area Senior High School para que use o
divulgue cierta información médica sobre el/la
paciente/estudiante anteriormente nombrado/a a Keystone Rural
Health Center.

El tipo de información que se usará o divulgará es el siguiente: _____

Fechas de tratamiento: _____

Se usará o divulgar la información para los siguientes fines: _____

Expedientes especiales: Los expedientes divulgados por el Keystone Rural Health Center **no incluirán** expedientes de programas para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, tratamientos para la salud mental o información relacionada con el VIH y SIDA **a menos que se marquen las casillas a continuación.** Marcar las casillas no significa que tal información existe.

☐ Incluir expedientes sobre el tratamiento para drogas y alcohol (protegidos por la Ley de Control del Abuso de Drogas y Alcohol – [Drug & Alcohol Abuse Control Act], 71 P.S. § 1690.108

☐ Incluir expedientes sobre la salud mental (protegidos por la Ley de Procedimientos de Salud Mental [Mental Health Procedures Act], 50 P.S. § 7111

☐ Incluir expedientes relacionados con el VIH/SIDA (protegidos por la Ley de Información Confidencial Relacionada con el VIH [Confidentiality of HIV-Related Information Act], 35 P.S. § 7607

1. Esta autorización se vencerá: ☐ Fecha _____, o ☐ Evento: _____. A menos que se especifique lo contrario, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de esta solicitud.
2. Entiendo que tengo el derecho a cambiar o revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a las partes autorizadas para divulgar información arriba. Entiendo que esta revocación no tendrá ningún efecto en las acciones realizadas antes de la revocación.
3. Esta autorización es por propia voluntad y a petición mía. Entiendo que ni mi tratamiento ni mis pagos por servicios serán afectados si no firmo esta autorización.
4. Entiendo que ni Keystone Rural Health Center ni el Chambersburg Area High School divulgará la información que recibe el uno del otro conforme a este consentimiento/esta autorización sin un consentimiento apropiado anterior/una autorización apropiada anterior. Entiendo que la información proporcionada por el Keystone Rural Health Center a la Chambersburg Area Senior High School formará parte del expediente educacional del estudiante, y es posible que ya no sea protegida bajo HIPAA si se vuelve a divulgar la información.
5. Keystone Rural Health Center mantendrá una copia de esta autorización en el expediente médico del/de la estudiante o del/de la paciente durante seis años. Chambersburg Area High School mantendrá una copia de este consentimiento en el archivo del/de la estudiante o del/de la paciente.
6. **Al firmar a continuación, consiento y autorizo la divulgación de la información médica solicitada, y renuncio la protección de confidencialidad ofrecida por las leyes escritas de Pensilvania para cualquier expediente anteriormente identificado.**

Firma padre, madre o representante/guardian del/de la paciente

Fecha

Nombre representante//guardián del/de la paciente

Relación con el/la paciente