

CONSENT FOR SERVICES

Client Name (Print) _____

Date of Birth _____

I give my consent for the services that I am requesting from the Teton County Public Health Nursing staff and its representatives to render routine health care to myself or my child. I understand that routine health care is confidential and voluntary, and that I may discontinue services at any time.

I understand that the risks and benefits for these services will be explained to me and that I will have the opportunity to ask questions.

I understand that the information regarding myself and the services I receive may be entered into a management information system and may be used for program evaluation, management, and billing purposes. However, my name will not be released without my written permission.

In accordance with state reporting laws, reportable disease(s) will be reported to the appropriate Wyoming Department of Health authorities.

Service(s)/Test(s) requested:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Family Planning (including pregnancy test) | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hemoglobin A1C | <input type="checkbox"/> Strep testing |
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure screening or monitoring | <input type="checkbox"/> STD | <input type="checkbox"/> Other _____ | |
| <input type="checkbox"/> Finger stick blood glucose | <input type="checkbox"/> Hepatitis screening | | |

If the client is a minor, the client's parent or guardian must sign. If client is a minor, but is signing for their own services, please complete the Minor as a Client form (PHN-F-354).

Printed Name of Consenter

Relationship to Client

Signature of Consenter

Date

Additional Signature (if required)

Date

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

The Notice of Privacy Practices describes how the Wyoming Department of Health (WDH) may use or disclose information. Not all situations may be described. WDH is required to furnish its clients with a notice of privacy practices pertaining to information we use, maintain, and disclose.

_____ (*Client's initials*) I have received a copy of the WDH Notice of Privacy Practices and have had an opportunity to ask questions regarding how my information will be used.

Office Use Only:

Provider Initials: _____ Date: _____

Provider Initials: _____ Date: _____

Notes: _____

Notes: _____

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER SERVICIOS

Cliente _____ Fecha de nacimiento: _____

Por este medio doy consentimiento a las enfermeras de salud pública del Condado Uinta, que me provean los servicios necesarios, y/o para que yo/o mi hijos podamos recibir atención medica rutinaria. . Entiendo que estos servicios son privados y voluntarios, y puedo desistírselos cuando yo desee.

Estoy de acuerdo que me expliquen los riesgos y ventajas de estos servicios, y también se que tendré la oportunidad de hacer preguntas.

Estoy de acuerdo que mi información médica y los servicios que reciba, sean descargados a un sistema informático de administración y pueden usarse para propósitos de evaluación, administración y la colección de facturas del programa.

De acuerdo con las leyes de reporte estatales, enfermedades reportables se reportarán a las autoridades debidas del Departamento de Salud de Wyoming.

Servicios/Evaluaciones:			
<input type="checkbox"/> Planificación Familiar (Incluso una prueba de embarazo)	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Hemoglobina A1C	<input type="checkbox"/> Evaluación Gargantil
<input type="checkbox"/> Chequeo de Presión Arterial	<input type="checkbox"/> Infección de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Chequeo de la Glucosa de Sangre	<input type="checkbox"/> Evaluación de Hepatitis		

Se requiere la firma de un padre o tutor legal de clientes menores. Menores que firman por si mismos para recibir servicios, favor de llenar el formulario “menores como clientes (PHN-F-354).”

Persona Responsable

Relación al Cliente

Firma de Persona Responsable

Fecha

Otra Firma (si se lo requiere)

Fecha

Afirmo que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad, explica como el departamento de Salud de Wyoming, puede utilizar o divulgar información. Aunque no se describen todas las situaciones. Se requiere que el Departamento de Salud de Wyoming dé a todos los clientes un aviso de prácticas de privacidad, y que se conozca el uso, cuidado, y divulgación de informe.

_____ **(Iniciales del Cliente)** He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Wyoming, y tuve oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información.

Office Use Only:

Provider Initials: _____ Date: _____

Provider Initials: _____ Date: _____

Notes: _____

Notes: _____

Wyoming Public Health Nursing
Consent for Services