

Patient Name/Nombre del paciente: <<Name>>

DOB/Fecha de nacimiento: <<DOB>>

VISTA COMMUNITY CLINIC ASSIGNMENT OF BENEFITS: I authorize VCC to submit claims to my insurance and for my insurance company to pay benefits directly to VCC. VCC will charge patients at the usual and customary rate prevailing in this area. Health services will be provided at no charge, or at a reduced charge, to persons unable to pay for services. Persons will be charged for services to the extent that payment will be made by a third party authorized or under legal obligation to pay the charges. VCC will not discriminate against any person receiving health services because of their inability to pay for services, or because payment for the health services will be made under Part A or B of Title XVIII ("Medicare") or Title XIX ("Medicaid") of the Social Security Act. VCC does not discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, or on the basis of disability, sex, sexual preference, marital status, religion, or age.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I consent to allow VCC to use and disclose my protected health information (PHI) within VCC, to carry out my treatment, to obtain payment, and carry out health care operations. My PHI may be disclosed to my health plan and /or its agents as necessary to verify benefits, authorize services, and process claims. My PHI may be disclosed to outside agencies or institutions involved in my continuing care when I am transferred to another facility and /or for emergency care purposes. My healthcare provider may also share information with referring physicians for continuing care as deemed appropriate by me. Confidentiality will be waived if there is reason to believe a minor, elder or dependent adult is/has been at risk of abuse and/or if you are going to harm yourself or others. This consent is subject to revocation at any time in writing by me, except to the extent action has been taken in reliance on it.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: I acknowledge receipt of the VCC Notice of Privacy Practices which has been provided to me, upon becoming a patient at VCC. I understand that I have the right to request that VCC restrict my protected health information is used and disclosed for treatment, payment, and health care operations. I further understand that VCC is not required to agree to my requested restrictions; however, if VCC agrees to a requested restriction, it is bound by it.

CONSENT FOR TREATMENT: I voluntarily give my permission to the health care providers of VCC to provide services to me, including family planning. (Family planning services are not a requirement to being seen for other concerns). I understand that by signing this form, I am authorizing them to treat me for as long as I seek care from VCC, or until I withdraw my consent in writing. These services may be rendered in person or remotely via telephone or video encounters with VCC clinicians or outside specialists, in order to provide the most efficient, expert care available. I understand that I may revoke my permission for this telemedicine at any time without penalty. Occasionally, this treatment may involve taking photographs of me of my medical record, in order to share with specialist or document my condition. I understand that I can decline to have photos taken, even if this hinders the medical care provided to me.

FINANCIAL AGREEMENT: I hereby assume financial responsibility for and agree to make payment in full to VCC for any copayments, deductibles, Medi-Cal Share of Cost obligations, or other charges for services received by me and/or my dependents not otherwise authorized or paid by my insurance. I certify the insurance and financial information given to VCC is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. Should the account be referred to an attorney or collection agency, I shall pay actual attorneys' fees and collection expenses. Delinquent accounts shall bear interest at the legal rate. I also agree to notify VCC of any changes in my billing address, phone, insurance, or family size income information as they occur. Providing false information may result in criminal, civil, or administrative action.

DENTAL: If I am receiving dental services, I acknowledge that I have received the Dental Materials Facts Sheet.

EMAIL AND TEXT CONSENT: Patients may be contacted via email and/or text messaging to remind me of an appointment, to obtain feedback on my experience with VCC's healthcare team, VCC's services offered, and to provide general health reminders/information. If at any time I provide an email or phone number at which I may be contacted, I consent to receiving appointment reminders and other healthcare communications/information at that email or phone number from VCC. I understand that this request to receive emails and text messages will apply to all future appointment reminders/feedback/health information unless I request a change in writing. *VCC does not charge for this service, but standard text messaging rates may apply.*

HEALTH INFORMATION EXCHANGE OPT-OUT: Your health information will be contributed to the Health Information Exchange database, unless you choose not to participate or to "opt-out". If you choose to opt-out, physicians will not be able to look for your records in Health Information Exchange, or have the most recent information about you, which may adversely affect your care. If you do not want to participate in

Health Information Exchange, you must complete, sign and submit the Opt-Out Form. By completing the Opt-Out Form, you are only opting out of Health Information Exchange. Your records can still be shared directly between your health care providers outside of Health Information Exchange using traditional methods (fax, mail, phone). If you choose to opt-out of Health Information Exchange, we will still continue to provide you with health care treatment in our VCC facilities. You will not lose medical care because you have opted-out. A request to opt out of Health Information Exchange will be effective approximately five (5) business days after you have submitted the Opt-Out form. The opt-out will not apply to any health information sent through Health Information Exchange or exchanged with other participants in the health information exchange network before that date. You are free to opt back in at any time by completing an Opt-In Form that can be obtained from VCC's medical records department. A separate form must be completed by each family member wishing to opt-out.

Voicemail Authorization

Preferred Phone #: _____ Home Cell OK to leave Confidential Voicemail/Text? Yes No
Alternative Phone #: _____ Home Cell OK to leave Confidential Voicemail/Text? Yes No

I understand that by checking "Yes" I may receive messages about my lab results, X-Ray results, medications and other health issues on my voicemail. I may change my preferences at any time by completing a new update form.

This entire authorization is valid for all episodes of care rendered by all and any providers associated with VCC. I permit a copy of this authorization and agreement to be used in place of the original.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS A LA CLÍNICA DE LA COMUNIDAD DE VISTA (VCC): Autorizo a VCC para presentar en mi nombre reclamaciones a mi seguro médico y que mi compañía de seguros pague los beneficios directamente a VCC. VCC cobrará a las personas que reciban los servicios de salud, las tarifas de uso y costumbre que prevalecen en esta área. Los servicios de salud serán proporcionados sin costo, o a un costo reducido a personas que no pueden pagar por los servicios. Además, se les cobrarán los servicios a las personas en la medida que el cobro deba pagarse por un tercero autorizado, o con la obligación legal de pagar los cargos. VCC no discriminará a ninguna persona que recibe servicios de salud a causa de su incapacidad para pagar los servicios, o porque el pago de los servicios de salud se haga bajo la Parte A o B del Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social. VCC no discrimina contra ninguna persona por razón de raza, color, origen nacional, o por motivos de discapacidad, sexo, orientación sexual, estado civil, religión o edad.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Doy mi consentimiento para permitir a VCC usar y divulgar mi Información Protegida de Salud (PHI) en VCC, para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener los pagos, y realizar operaciones de atención médica. Mi PHI puede ser divulgada a mi plan de salud y / o a sus agentes en lo necesario para verificar los beneficios, autorizar servicios y procesar reclamos. Mi PHI puede ser divulgada a agencias externas o instituciones que participen en mi atención continua cuando me transfieran a otro establecimiento, y / o con fines de atención de emergencia. Según yo lo considere apropiado, mi proveedor de salud también puede compartir información con médicos referidos para mi atención continua. No se mantendrá la confidencialidad, si hay razones para creer que un adulto mayor, menor de edad, o dependiente, ha sido, o está en riesgo de abuso, y / o si usted va a causar daño a los demás o a sí mismo. Este consentimiento está sujeto a mi revocación por escrito en cualquier momento, salvo en la medida de acciones ya tomadas en relación con el mismo.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Acuso recibo de VCC del Aviso de Prácticas de Privacidad que se me entregado, al pasar a ser paciente de VCC. Entiendo que tengo el derecho de solicitar a VCC como es utilizada y divulgada mi Información Protegida de Salud para tratamientos, pagos, y atenciones médicas. Además, entiendo que VCC no estará obligada a aceptar las restricciones solicitadas, sin embargo, si VCC acepta y está de acuerdo en mis restricciones solicitadas, está obligada por el mismo.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Doy permiso al personal médico de VCC para que me brinden sus servicios, incluyendo servicios de planificación familiar. (Estos servicios no son requeridos para recibir otros cuidados médicos). Entiendo que al firmar este documento, autorizo en forma voluntaria para que me atiendan mientras pida atención médica de VCC, o hasta que retire por escrito mi consentimiento. Estos servicios pueden ser dados en persona o remotamente vía telefónica o por video-visita con médicos de VCC o especialistas externos, para poder brindar los cuidados médicos de la manera más experta y eficiente posible. Entiendo que puedo revocar mi autorización para este servicio de telemedicina sin ninguna penalidad y en cualquier momento. En ocasiones este tratamiento puede incluir se tomen fotografías de mis registros médicos para compartir con un especialista, o para documentar mi condición. Se que puedo negarme a que me tomen fotos, incluso si esto dificulta la atención médica que esté recibiendo.

ACUERDO FINANCIERO: Por este, asumo la responsabilidad financiera y me comprometo hacer el pago total a VCC de cualquier copago, deducible, obligaciones de costos por parte de Medi-Cal, y otros cargos por los servicios recibidos por mí y / o de mis dependientes no autorizados o pagados por mi seguro médico. Certifico que la información del seguro y financiamiento dado a VCC es verdadera, exacta y completa en mi leal saber y entender. Si la cuenta se envía a un abogado, o agencia de cobro, yo pagaré los honorarios de los abogados y los gastos de cobranza. Las cuentas morosas devengarán intereses en la tasa legal. Además me comprometo a notificar a VCC de cualquier cambio en mi dirección de facturación, teléfono, seguros, tamaño de la familia y sus ingresos en la medida que estos ocurran. Dar información falsa puede resultar en acción penal, civil o administrativa.

DENTALES: Sí estoy recibiendo servicios Dentales, reconozco que eh recibido una copia de la hoja de datos de materiales Dentales

CORREO ELECTRÓNICO Y CONSENTIMIENTO PARA TEXTOS: Los pacientes pueden ser contactados a través de correo electrónico y / o mensajes de texto para recordar las citas, obtener opiniones sobre mi experiencia con el equipo de atención médica de VCC, los servicios ofrecidos por VCC, así como informar y enviar avisos de salud o información general. Si en algún momento les proporciono un correo electrónico o número de teléfono al que puedo ser contactado, doy mi consentimiento para poder recibir los recordatorios de mis citas y otras comunicaciones de salud o información de VCC, a mi correo electrónico o número de teléfono proporcionado. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y / o mensajes de texto, se aplicará a todos los recordatorios futuros de mis citas / opiniones / e información de salud, a menos que les solicite un cambio por escrito. *VCC no cobra por estos servicios, pero tal vez puede haber cargos de tarifas estándar para los mensajes de texto.*

'HEALTH INFORMATION EXCHANGE' OPTAR POR EXCLUSIÓN: Su información de salud se pasa a la base de datos a menos que usted decida no participar (opt-out). Si decide darse de baja, usted debe saber que los médicos no podrán buscar sus registros en 'Health Information Exchange' o disponer de la información más reciente acerca de usted, esto puede afectar negativamente su cuidado. Si no desea participar en 'Health Information Exchange' usted debe completar, firmar y enviar el Formulario de Exclusión (opt-out). Al completar el Formulario de Exclusión, sólo está optando no participar en 'Health Information Exchange'. Sus registros y resultados todavía se pueden compartir directamente entre sus doctores y centros de atención médica fuera de 'Health Information Exchange' utilizando los métodos tradicionales (fax, correo, teléfono, etcétera). Si decide optar por no participar (opt-out) en el intercambio de información de salud en 'Health Information Exchange' todavía seguiremos proporcionándole los tratamientos para el cuidado de su salud en nuestras instalaciones de VCC. Usted no perderá la atención médica porque haya decidido por 'opt-out'. Las solicitudes de las opciones para intercambio de información de salud en 'Health Information Exchange' toman aproximadamente cinco (5) días hábiles después de haber presentado los formularios. La opción de exclusión no se aplicará a información médica ya enviada a través de intercambio de información de salud de 'Health Information Exchange' o intercambios con otros participantes en la red participantes de la salud antes de esa fecha. Usted es libre de optar por volver en cualquier momento completando un formulario de aceptación (opt-in) que se puede solicitar en el departamento de registros médicos de VCC. Cada miembro de la familia que desee darse de baja, necesita llenar una forma separada en forma individual.

Autorización Buzón de Voz

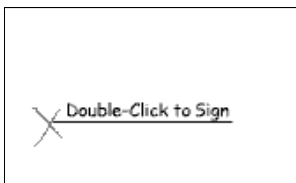
Numero Preferido- Tel#: _____ Casa Mobil OK dejar mensaje confidencial/texto? Si No
Numero Opcional- Tel#: _____ Casa Mobil OK dejar mensaje confidencial/texto? Si No

Entiendo que marcando 'Si' puedo recibir mensajes en mi buzón de voz acerca de mi salud, con resultados de laboratorio, rayos-x, medicamentos, y otros problemas. Puedo cambiar mis preferencias en cualquier momento completando un nuevo formulario de actualización.

Esta autorización es válida para todos los episodios de cuidados del proveedor de salud, la atención prestada por todos y cualquier asociado de VCC. Permiso que una copia de esta autorización y acuerdo sea utilizada en lugar del original.

Patient Signature/Firma de paciente:

VCC Staff Signature/ Firma de empleado:



Electronic Signed By: