



Staff Initials: _____

My Rights and Responsibilities:

- I will receive respectful care by competent caregivers without regard to race, color, national origin, religion, disability, gender, sexual orientation, or age.
- I understand Southwest District Health is not a free clinic and payment is expected at time of service. I may be considered for discounted fees if proper proof of income for the household is provided at time of visit.
- I understand Southwest District Health will bill my insurance and I authorize payment of medical benefits to Southwest District Health. Any balance remaining will be my responsibility.
- I will provide complete and honest health information and will ask questions if I don't understand. It is my responsibility to inform my medical provider of any changes in my medical status.
- I understand services and testing are voluntary and reserve the right to refuse any service or test, even though it may be in my best interest to follow the recommended treatment plan.
- I agree to release medical records for treatment, payment and health care.
- I have had opportunity to read the (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.
- This office has chosen to participate in the Idaho Health Data Exchange (IHDE). This is a secure statewide internet-based health information exchange, with the goal of improving the quality and coordination of health care in Idaho. If you do not want to participate in the IHDE and do not want your health care information shared with other medical providers involved in your care, you can opt out of the participation. To opt out, you must complete and sign the IHDE "Request to Restrict Disclosure of Health Information" form and mail or fax it to IHDE. You will receive a confirmation letter when your request is completed. This will restrict your information from being released through the exchange only (you will need to contact any facility directly to restrict your information). The IHDE form is available at the front desk. If you do not complete this form, we may share your protected health information with other participating healthcare providers involved in your care through IHDE.

(Optional) I authorize SWDH to release my medical information to:

Name	Relationship	Phone Number

Print Client Name _____

Signature _____ **Date** _____



Consentimiento Para Servicios

Staff Initials: _____

Mis Derechos y Mis Responsabilidades:

- Voy a recibir atención respetuosa por los proveedores competentes, sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, discapacidad, género, orientación sexual o edad.
- Yo comprendo que el Distrito de Salud del Suroeste (SWDH) no es una clínica gratis y se espera pago al momento del servicio. Se me puede considerar una tarifa con descuento si se proporcionan comprobantes de ingresos para toda la familia en el momento de la visita.
- Yo comprendo que SWDH le cobrara a mi seguro médico y yo autorizo pagos de beneficios médicos a SWDH. Algunos servicios pueden no estar cubiertos y yo soy responsable por esa cantidad.
- Voy a proporcionar información completa y honesta sobre mi salud y voy hacer preguntas si no entiendo. Yo comprendo que es me responsabilidad de informarle a me proveedor(a) medico de cualquier cambio en mi situación médica.
- Entiendo que los servicios son voluntarios y reservo el derecho de rechazar cualquier servicio, a pesar de que puede ser en mi mejor interés seguir el plan de tratamiento recomendado.
- Estoy de acuerdo en liberar los registros médicos para tratamiento, pago y salud.
- Se me dio la oportunidad de leer la ley (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996.
- Esta oficina ha elegido participar en Idaho Health Data Exchange (IHDE). Este es un intercambio de información de salud seguro en todo el estado a través de Internet, con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de la atención médica en Idaho. Si no desea participar en IHDE y no desea que su información de atención médica se comparta con otros proveedores médicos involucrados en su atención, puede optar por no participar. Para darse de baja, debe completar y firmar el formulario IHDE "Solicitud para Restringir la Divulgación de Información de Salud" y enviarlo por correo o fax a IHDE. Recibirá una carta de confirmación cuando se complete su solicitud. Esto restringirá la divulgación de su información a través del intercambio únicamente (deberá ponerse en contacto directamente con cualquier establecimiento para restringir su información). El formulario IHDE está disponible en la recepción. Si no completa este formulario, podemos compartir su información de salud protegida con otros proveedores de atención médica participantes que participan en su atención a través de IHDE.

(Opcional) Autorizo a SWDH que comparta mi información médica con:

_____ Nombre	_____ Parentesco	_____ Número de Teléfono
-----------------	---------------------	-----------------------------

Escriba Nombre del Cliente con Letra de Molde _____

Firma _____ Fecha _____