



COMPREHENSIVE ON-SITE HEALTH CARE FOR ALL DPS STUDENTS

What is a School-based Health Center (SBHC)?

SBHCs are clinics located inside DPS school buildings that provide a variety of health care services. Even without an onsite SBHC, some schools can offer services through virtual visits with a SBHC provider.

Why choose a SBHC?

SBHCs offer convenient care that limits the amount of time students are out of class and parents or guardians miss work. Same day or next day appointments are often available.

Who can use a SBHC?

Any DPS student and their siblings (age 2 months-21 years) can use a SBHC. SBHCs can be a student's primary care provider or can work with their primary care provider.

What services may be offered?

Medical Services:

- Well child check exams that meet the requirements of school, sports, camp, and employment. These exams may include labs and vaccines.
- Prescriptions and medications
- Care for chronic conditions like asthma
- Care for acute injury and illness
- Sexual health services including pregnancy tests, birth control, STI testing and treatment

Mental Health Services:

- Individual, group and family therapy
- Treatment for depression, anxiety, substance misuse, including medication management

Dental Services:

- Oral health screenings, cleanings, sealants, fluoride application, dental x-rays, exams
- Fillings (temporary or permanent), tooth removal and urgent dental care

Many SBHC services can be offered either in person or via telehealth.

Who provides services?

- Doctor, Nurse Practitioner or Physician Assistant
- Mental Health and/or Substance Misuse Therapist
- Psychiatrist
- Medical Assistant
- Health Educator
- Health Program Enrollment Specialists
- Dentist and/or Registered Dental Hygienist

What does it cost?

Students do not need to have insurance to use a SBHC.

When using a SBHC, families are asked for health insurance information. Insurance is billed for SBHC services, but there are **no fees/co-pays collected from the student or their family**. If you have any billing questions or concerns, please contact your SBHC.

How are parents/guardians involved?

Supporting family communication is important. SBHC staff encourage patients to discuss their care with a parent or guardian.

A parent or guardian must sign a consent form before their student can use health center services. SBHC consents are valid for the current school year and an additional three school years or until the student no longer meets SBHC patient criteria. Parents, guardians and adult students have the right to revoke their consent in writing at any time by visiting a SBHC location.

Once a SBHC consent is signed, students may schedule their own appointments. Parents may not be routinely notified when a student uses the SBHCs.

Important note about confidentiality

Colorado state law allows minors to independently access confidential mental health care, sexual health care and certain vaccines (HPV, Hepatitis A and B). If a student meets the age requirements by law and requests mental or sexual health care, they do not need a signed parent consent form.

Scan QR code to learn more or call us to make an appointment!

303-602-8958





¿Qué es un Centro de Salud Escolar (SBHC)?

Los SBHC son clínicas dentro de los edificios de escuelas de DPS que ofrecen una variedad de servicios de atención médica. Incluso sin un SBHC en el lugar, algunas escuelas pueden ofrecer servicios a través de consultas virtuales con un proveedor del SBHC.

¿Por qué elegir un SBHC?

Los SBHC ofrecen una atención conveniente que limita el tiempo de clase que pierden los estudiantes y el tiempo de trabajo que pierden los padres o tutores. A menudo se pueden programar citas para el mismo día o para el día siguiente.

¿Quién puede acudir a un SBHC?

Todo estudiante del DPS y sus hermanos (de 2 meses a 21 años) pueden acudir a un SBHC. Los SBHC pueden ser el proveedor de atención primaria de un estudiante o pueden colaborar con su proveedor de atención primaria.

¿Qué servicios se ofrecen?

Servicios médicos:

- Exámenes de rutina que cumplen los requisitos de la escuela, los deportes, los campamentos y el empleo. Estos exámenes pueden incluir análisis de laboratorio y vacunas.
- Recetas y medicamentos
- Atención de enfermedades crónicas como el asma
- Atención médica para lesiones y enfermedades agudas
- Servicios de salud sexual, incluyendo pruebas de embarazo, anticonceptivos, pruebas y tratamiento de ITS

Servicios de salud mental:

- Terapia individual, grupal y familiar
- Tratamiento para la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, incluyendo el manejo de medicamentos

Servicios dentales:

- Exámenes de salud bucal, limpiezas, selladores, aplicación de flúor, radiografías dentales y revisiones.
- Empastes (temporales o permanentes), extracción de dientes y atención dental de urgencia.

Muchos servicios de SBHC pueden ofrecerse en persona o a través de telesalud.

¿Quiénes prestan los servicios?

- Doctor, enfermera practicante o Médico Auxiliar
- Terapeuta de salud mental o de abuso de sustancias
- Psiquiatra
- Asistente médico
- Educador de salud
- Especialistas de inscripción a seguros médicos y/o programas de descuento
- Dentista y/o higienista dental registrado

¿Cuál es el costo?

Los estudiantes no necesitan tener seguro médico para acudir a un SBHC.

Al acudir a un SBHC, las familias deben llevar información del seguro médico. Los servicios del SBHC se facturan al seguro, pero **no se cobran cuotas ni copagos al estudiante ni a su familia**. Si tiene alguna pregunta o duda sobre la facturación, póngase en contacto con su SBHC.

¿Cómo participan los padres o tutores?

Es importante apoyar la comunicación familiar. El personal del centro de salud anima a los pacientes a hablar con sus padres o tutores sobre la atención que reciben.

Los padres o tutores deben firmar un formulario de consentimiento antes de que sus hijos puedan utilizar los servicios del centro de salud. Los consentimientos del SBHC son válidos para el año escolar en curso y tres años escolares adicionales, o hasta que el estudiante ya no cumpla con los criterios para ser paciente del SBHC. Los padres, tutores y estudiantes adultos tienen derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento acudiendo a un SBHC.

Una vez firmado el consentimiento del SBHC, los estudiantes pueden programar sus propias citas. No se notificará de forma rutinaria a los padres cuando un estudiante utilice los SBHC.

Nota importante sobre confidencialidad

La ley del estado de Colorado permite a los menores acceder de forma independiente a atención médica confidencial en materia de salud mental, salud sexual y determinadas vacunas (VPH, hepatitis A y B). Si un estudiante cumple los requisitos de edad establecidos por la ley y solicita atención médica de salud mental o sexual, no es necesario que presente un formulario de consentimiento de los padres.

¡Escanee el código QR para obtener más información o llámenos para programar una cita!

303-602-8958



NAME: _____

DOB: _____

MRN: _____

Denver Health School-Based Health Center Services (DSBHC)

Consent for Treatment, Health History, Medication Administration, and Vaccines/Immunizations

Patient Information:

Student Legal Name (First, Middle, Last): _____

Preferred Name: _____ Gender: _____ Date of Birth: _____

Student's Home Address: _____ City/Zip Code: _____

Student's Race: American Indian/Alaska Native ☐ Asian ☐ Black/African American ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White/Caucasian ☐

Decline to Answer ☐ Other: _____ Does the student identify as Hispanic, Chicano, or Latin X? Yes ☐ No ☐

Student's School: _____ Grade: _____ DPS ID: _____

Primary Care Provider's Name: _____ Phone Number: _____

Student Phone Number: _____ Preferred Language: _____

Parent/Legal Guardian or Emergency contact for patients over the age of 18:

Parent/Legal Guardian or Emergency contact for patient over the age of 18: _____ Relationship to Student: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Preferred Language: _____

I would like to receive electronic communication about my child's school based health center: Yes ☐ No ☐

I would like to opt in to text message communication: Yes ☐ No ☐

Patient Insurance Information:

My student has health insurance: Yes ☐ No ☐ HSA/FSA Plan?: Yes ☐ No ☐

☐ Health First CO (Medicaid) ID #: _____ ☐ CHP+ ID #: _____ ☐ CICP/DFAP

Name of Private Insurance: _____ Policy/Member #: _____ Group #: _____

Policy Holder Name: _____ Policy Holder DOB: _____ Relationship to Student: _____

Parent / Guardian Signature & Consent (please initial & sign below):

_____ I have received and reviewed Denver Health's Notice of Privacy Practices.

Initial Here

_____ I have received and reviewed Denver Health's Outpatient General Consent for Treatment and I consent to the terms. (Pg 9-10)

Initial Here

Release of Information: I understand a medical record is protected health information and all requests for medical records require a signed consent by a parent/guardian or student (18+ years old). DSBHC may disclose health information for payment, treatment, and healthcare operations as described in Denver Health's Notice of Privacy Practices. As allowed by Colorado law, students may request confidential visits meaning that all health information from the visit will remain confidential. Access to a student's medical records from a confidential visit will remain confidential and release of medical records to parent/guardian or any interested party requires a signed release of information from the student. I understand the Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) provides funding for the health services received at a school based health center and is legally able to receive information regarding services provided to patients. CDPHE receives combined data for all patients, and this data does not specifically identify any individual patient. I give my permission to DSBHC staff to examine and/or copy school records including immunization records, attendance, and any records necessary for DSBHC staff to provide care and/or treatment.

DSBHC Fees, billing, authorization, and consent: I assign to Denver Health and Hospital Authority ("DHHA") any and all benefits that they may be entitled to receive for healthcare services provided by DSBHC from any payer of benefits including any person, entity, insurance company, health benefit plan, or governmental healthcare program. DHHA has authorization to file claims with and collect payments from, the payer of benefits, and the payer of benefits to make payment directly to, and solely to the order of, DHHA. I agree to assist DHHA in submitting and collecting claims from the payer of benefits in any reasonable manner requested. I authorized DHHA and its care providers to disclose to the payer of benefits any information from medical and billing records necessary to obtain payment. I understand that once information is released DHHA will be unable to control its confidentiality.

Signature Parent/Guardian or Patient (18 years or older): _____

Print Name: _____ **Date:** _____

By signing above, I acknowledge that I have received the packet that explains the services provided by DSBHC. I understand that this consent is valid for the current school year and an additional three school years or until the student no longer meets SBHC patient criteria. I am responsible for notifying DSBHC of any changes in guardianship, insurance, and/or new health conditions. I have the right to revoke this consent or make changes at any time by visiting a SBHC location.



4
1
7

NAME: _____

DOB: _____

MRN: _____

Servicios de los Centros de Salud Escolares de Denver Health (DSBHC)

Consentimiento para tratamiento, historial médico, administración de medicamentos y vacunas/inmunizaciones

Información del paciente:

Nombre legal del estudiante (nombre, segundo nombre, apellidos): _____

Nombre preferido: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio del estudiante: _____ Ciudad/Código postal: _____

Raza del estudiante: Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐

Blanco/Caucásico ☐ No desea contestar ☐ Otro: _____ ¿Se identifica el estudiante como hispano, chicano o latino X? Sí ☐ No ☐

Escuela del estudiante: _____ Grado: _____ ID de DPS: _____

Nombre de su doctor de cabecera: _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono del estudiante: _____ Idioma preferido: _____

Padre/madre/tutor legal o contacto de emergencia para pacientes mayores de 18 años:

Nombre de Padre/madre/tutor legal o contacto de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Idioma preferido: _____

Me gustaría recibir comunicación electrónica sobre el centro de salud escolar de mi hijo: Sí ☐ No ☐

Me gustaría optar por la comunicación por mensaje de texto: Sí ☐ No ☐

Información sobre el seguro del paciente:

Mi hijo tiene seguro médico: Sí ☐ No ☐

¿Plan HSA/FSA?: Sí ☐ No ☐

☐ Health First CO (Medicaid), N° de ID: _____ ☐ CHP+, N° de ID: _____ ☐ CICIP/DFAP

Nombre del seguro privado: _____ N° de póliza/miembro: _____ N° de grupo: _____

Nombre de titular de la póliza: _____ Fecha de nac. de titular de la póliza: _____ Relación con el estudiante: _____

Firma y consentimiento del padre/madre/tutor (ponga sus iniciales y firme a continuación):

_____ He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Denver Health.

Iniciales aquí

_____ He recibido y revisado el Consentimiento General para Tratamiento Ambulatorio de Denver Health y acepto los términos (páginas 11-12)

Iniciales aquí

Divulgación de información: Entiendo que un registro médico es información de salud protegida y que todas las solicitudes de registros médicos requieren un consentimiento firmado por un padre/madre/tutor o estudiante (mayor de 18 años). DSBHC puede divulgar información médica para el pago, tratamiento y actividades de atención médica, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Denver Health. Según lo permitido por la ley de Colorado, los estudiantes pueden solicitar consultas confidenciales, lo que significa que toda la información médica de la consulta permanecerá confidencial. El acceso a los registros médicos de un estudiante de una visita confidencial permanecerá confidencial y la divulgación de los registros médicos a los padres/tutores o a cualquier parte interesada requiere una divulgación de información firmada por el estudiante. Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) proporciona fondos para los servicios de salud recibidos en un centro de salud escolar y está legalmente capacitado para recibir información sobre los servicios prestados a los pacientes. El CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican específicamente a ningún paciente individual. Doy mi permiso al personal de DSBHC para que examine y/o copie los registros escolares, incluidos los registros de vacunación, asistencia y cualquier registro necesario para que el personal de DSBHC brinde atención y/o tratamiento.

Honorarios, facturación, autorización y consentimiento de DSBHC: Cedo a Denver Health and Hospital Authority ("DHHA") todos y cada uno de los beneficios que puedan tener derecho a recibir por los servicios de atención médica prestados por DSBHC de cualquier pagador de beneficios, incluyendo cualquier persona, entidad, compañía de seguros, plan de beneficios de salud o programa gubernamental de atención médica. DHHA tiene autorización para presentar reclamaciones y cobrar pagos al que paga los beneficios, y el que paga los beneficios para hacer el pago directamente a, y únicamente a la orden de, DHHA. Estoy de acuerdo en ayudar a DHHA a presentar y cobrar reclamaciones del pagador de beneficios de cualquier manera razonable solicitada. Autorizo a DHHA y a sus proveedores de atención médica a divulgar al pagador de beneficios cualquier información de los registros médicos y de facturación necesarios para obtener el pago. Entiendo que una vez que la información es divulgada, DHHA no podrá controlar su confidencialidad.

Firma del padre, madre, tutor o paciente (mayor de 18 años): _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Al firmar arriba, reconozco que he recibido el paquete que explica los servicios proporcionados por DSBHC. Entiendo que este consentimiento es válido para el año escolar actual y tres años escolares adicionales o hasta que el estudiante ya no cumpla con los criterios de paciente de SBHC. Soy responsable de notificar a DSBHC sobre cualquier cambio en la tutela, el seguro y/o nuevas condiciones de salud. Tengo derecho a revocar este consentimiento o realizar cambios en cualquier momento visitando una ubicación de SBHC.

NAME:

DOB:

MRN:

Health History:

 Does your child take medications? Yes ☐ No ☐

If yes, what medications: _____

 Is your child allergic to any medications? Yes ☐ No ☐

If yes, what medication and what was the reaction? _____

Has your child ever had any of the following health conditions or concerns (now or in the past)?

☐ Allergies (food, medicine, or seasonal)

☐ Asthma

☐ Chicken Pox

☐ Development/ Learning delays

☐ Drug/ Alcohol Abuse

☐ Diabetes

☐ Mental Illness (depression, anxiety, PTSD)

☐ Seizures

☐ Sickle Cell Anemia

☐ Other: _____

Has anyone in your family suffered from any of the following (check all that apply):

☐ Blood clots

☐ Strokes

☐ Diabetes

☐ High blood pressure

☐ Heart condition (before age 50)

When was your student's last physical exam/well child check? _____

Medication Administration (telehealth services through your school's nurse at non-SBHC locations):

Medications are offered to students enrolled in School-Based Virtual services through their school nurse if recommended by a licensed medical provider.

These include:

 Tylenol TM/ Acetaminophen (pain, fever)

 Advil TM/ Motrin TM (pain, fever)

Tums/Calcium Carbonate (upset stomach)

Antibiotic Ointment/Bacitracin/ Neomycin/ Polymyxin B (cuts, infections)

Hydrocortisone Cream (inflammation, itch)

 Benadryl TM/ Diphenhydramine (allergic reaction)

 Zyrtec TM/ Cetirizine (allergies, allergic reaction)

Albuterol Inhaler (wheeze, trouble breathing)

Please list any medication(s) that you do NOT want your student to receive: _____

Vaccines/Immunizations: Vaccinations are offered at Denver Health Pediatrics in Denver Public Schools (DPS) to protect students against serious illnesses. Before vaccinating, Denver Health checks multiple databases and registries to confirm that students are only given vaccines they have not received. Vaccines are intended to prevent life-threatening, debilitating diseases and cancer. Each of these vaccines is recommended by the American Academy of Pediatrics (AAP) and the Advisory Committee on Immunization Practices. The Centers for Disease Control (CDC) maintains an updated list of Vaccine Information Statements (VIS) for each vaccine. For the most up-to-date VIS, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>.

The vaccines that are offered:

Disease	Vaccine	Disease	Vaccine	Disease	Vaccine
Tetanus	Tdap/Td/DTaP	Polio	IPV	Chicken Pox	Varicella
Diphtheria		Hepatitis A	*Hep A	COVID-19	COVID-19
Pertussis		Hepatitis B	*Hep B	For Children under 5 years old	
Measles	MMR	Meningococcal Meningitis	MCV4/Men B	Severe diarrhea	Rotavirus
Mumps		Human Papillomavirus	*HPV9	Bacterial Disease	HIB
Rubella		Influenza/Flu	IIV4	Pneumonia	PCV20

* Under Colorado state law, these vaccines are considered confidential and can be administered without parental consent at the patient's request.

Please list any vaccine that you do NOT want your student to receive: _____

 Has your student ever had a serious reaction to a vaccine? Yes ☐ No ☐ If yes, what was the reaction? _____

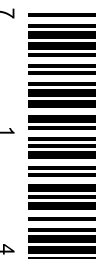
I request that vaccines be given to the student named on page 1 unless excluded vaccines are listed. I agree to have information shared with my student's primary care provider. I also agree to have my student's immunization record stored in my student's school record, the Denver Health electronic health record (EHR), and the Colorado Immunization Information System (CIIS). Vaccine information statements (VIS) about the diseases prevented and the risks and benefits of the vaccines given have been offered and my questions have been answered.

I authorize Denver Health School Based Health Centers to vaccinate my student: Yes ☐ No ☐

Future changes to this section will require a new consent to be completed.

Signature Parent/Guardian or Patient (18 years or older): _____

Print Name: _____ Date: _____





NAME:

DOB:

MRN:

Servicios de los Centros de Salud Escolares de Denver Health (DSBHC)

Consentimiento para tratamiento, historial médico, administración de medicamentos y vacunas/inmunizaciones

Historial de salud:¿Toma su hijo medicamentos? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿cuáles?: _____

¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿a qué y cuál fue la reacción? _____

¿Tiene o ha tenido su hijo alguna de las siguientes afecciones o problemas de salud?

- ☐ Alergias (alimentarias, medicamentosas o estacionales)
- ☐ Asma
- ☐ Varicela
- ☐ Retrasos en el desarrollo/el aprendizaje
- ☐ Abuso de drogas/alcohol

- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedades mentales (depresión, ansiedad, PTSD)
- ☐ Convulsiones
- ☐ Anemia falciforme
- ☐ Otro: _____

¿Ha padecido alguien de la familia del niño alguna de las siguientes enfermedades? (marque todas las que correspondan)

- ☐ Coágulos sanguíneos ☐ Derrames cerebrales ☐ Diabetes ☐ Hipertensión arterial ☐ Afección cardíaca (antes de los 50 años)

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo?: _____

Administración de medicamentos (servicios de telesalud a través de la enfermera de su escuela en ubicaciones que no pertenecen a SBHC):

Los medicamentos se ofrecen a los estudiantes inscritos en servicios virtuales escolares a través de la enfermera de su escuela, si así lo recomienda un proveedor médico autorizado.

Estos incluyen:

Tylenol™ / Acetaminophen (dolor, fiebre)

Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (dolor, fiebre)

Tums/Carbonato cálcico (malestar estomacal)

Pomada antibiótica/ Bacitracina /Neomicina/ Polimixina B (cortes, infecciones)

Crema de hidrocortisona (inflamación, picazón)

Benadryl™ / Difenhidramina (reacción alérgica)

Zyrtec™ / Cetirizina (alergias, reacción alérgica)

Ketotifeno (gotas oftálmicas para la alergia)

Inhalador de Albuterol (sibilancias, dificultad para respirar)

Indique los medicamentos que NO desea que reciba su hijo: _____

Vacunas / Inmunizaciones: Las vacunas se ofrecen en Denver Health Pediatría en las escuelas públicas de Denver (DPS) para proteger a los estudiantes contra enfermedades graves. Antes de vacunar, Denver Health comprueba múltiples bases de datos y registros para confirmar que a los estudiantes sólo se les administren vacunas que no han recibido. Las vacunas tienen por objeto prevenir enfermedades potencialmente mortales, debilitantes y el cáncer. Entre ellas se incluyen las citadas a continuación:

Nota: Cada una de estas vacunas está recomendada por la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) mantienen una lista actualizada de las Declaraciones de Información sobre Vacunas (VIS) para cada vacuna. Para obtener la VIS más actualizada, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>.

Las vacunas que ofrecemos:

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad	Vacuna	Enfermedad	Vacuna
Tétanos	Tdap/Td/DTaP	Polio	IPV	Varicela	Varicela
Difteria		Hepatitis A	*Hep A	COVID-19	COVID-19
Tos ferina		Hepatitis B	*Hep B	Para niños de menos de 5 años	
Sarampión	MMR	Meningitis meningocócica	MCV4/Men B	Diarrea intensa	Rotavirus
Paperas		Virus del papiloma humano	*HPV9	Enfermedad bacteriana	HIB
Rubéola		Influenza/gripe	IIV4	Neumonía	PCV13

*Bajo la ley del estado de Colorado, estas vacunas son consideradas confidenciales y pueden ser administradas sin el consentimiento de los padres a petición del paciente.

Por favor indique las vacunas que NO desea que reciba su hijo: _____

¿Ha tenido su hijo alguna reacción grave a una vacuna? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿a qué vacuna y cuál fue la reacción? _____

Solicito que se le administren vacunas al estudiante nombrado en la página 1, a menos que se indiquen vacunas excluidas. Acepto que se comparta información con el proveedor de atención primaria de mi estudiante. También acepto que el registro de vacunación de mi estudiante se almacene en su expediente escolar, en el registro médico electrónico (EHR) de Denver Health y en el Sistema de información de vacunación de Colorado (CIIS). Se han ofrecido declaraciones de información sobre vacunas (VIS) sobre las enfermedades prevenidas y los riesgos y beneficios de las vacunas administradas y se han respondido mis preguntas.

Autorizo a los centros de salud escolares de Denver Health a vacunar a mi estudiante: Sí ☐ No ☐

Los cambios futuros a esta sección requerirán que se complete un nuevo consentimiento.

Firma del padre, madre, tutor o paciente (mayor de 18 años): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY

HOSPITAL GENERAL CONSENT FOR TREATMENT AND TERMS RELATING TO PAYMENT (“CONSENT”)

CHANGES TO THIS CONSENT: I UNDERSTAND THAT I MAY NOT CROSS OUT ANYTHING ON THIS CONSENT. IF I DO, DENVER HEALTH MAY REFUSE TO TREAT ME UNLESS I HAVE AN EMERGENCY. I UNDERSTAND DENVER HEALTH IS NOT REQUIRED TO FOLLOW ANY CHANGES THAT I MAKE.

DEFINITIONS: The “Denver Health and Hospital Authority” (“Denver Health”) includes all of Denver Health’s facilities including the hospital campus and neighborhood, school- based and mobile clinics and satellite offices and ambulances. “Healthcare” includes routine hospital services, diagnostic tests, intravenous therapy (therapy given through my vein), medications, anesthesia, injections, blood transfusions counseling and other health services. Health care may be given in the hospital (an “inpatient”) or in a clinic (“outpatient”).

CONSENT FOR TREATMENT: Outpatient care may be in person or via telehealth. If I use telehealth, I understand that Denver Health is protecting my privacy by using an encrypted system that follows the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). However, I know there are risks to telehealth including interruptions, unauthorized access, and technical problems. I understand that the provider or I can discontinue the telehealth visit if it is felt that the connection is not good for my situation. Denver Health is a teaching hospital and some of my care may be given by providers in training who may not be employees of Denver Health. I have a right to ask questions and talk about my treatment with my providers, and I have a right to refuse any treatment. If I decide to leave Denver Health as an inpatient before my treatment is finished, I will talk to my provider(s) before leaving. If I leave and my provider thinks it’s not good for me to do that, my leaving will be a Discharge Against Medical Advice (AMA) in Denver Health’s records. If I leave AMA Denver Health will not be responsible for anything that happens to me because I did not follow advice. I may be asked to sign other consent forms if I have a procedure or take part in a research study. I understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that my care may involve risks of injury and even death. I know that no guarantees or promises have been made to me about the outcome of my treatment.

IMAGES AND OBSERVATION BY OTHERS: My providers may wish to have photos, videos and other images taken of me to help with my care, to identify me or for provider education. Photos or videos that identify me will not be released outside of Denver Health without my consent, unless required by law. I have a right to tell my providers that I do not wish to have photos, videos or other images taken of me. Providers who are students or are in training and who are not providing my care, may wish to watch my care for training and education. I have a right to tell my providers that I do not wish to have others watch my care for training and education.

DISCLOSURE OF INFORMATION: I allow Denver Health and my providers to give information from my records for treatment, payment and healthcare operations purposes (including healthcare exchanges) as written in Denver Health’s Notice of Privacy Practices and for my care when I leave Denver Health and as required by law. I allow Denver Health and my providers to give information from my records to any provider involved in my care and to any party that may be responsible for payment of my Denver Health bill, including insurance companies, financial aid programs (“aid programs”), employers in workers’ compensation matters (where I might have been hurt at work), and the person that caused my injuries and their lawyers and insurers. I understand this information may be shared electronically.

I acknowledge that I can change my participation status, by requesting to “OPT OUT”, at any time by writing to: Denver Health and Hospital, ATTN: Health Information Management Department MC0296, 301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204.

HEALTH INSURANCE AND FINANCIAL AID PROGRAMS: Denver Health is a hospital and provider (like my doctor) facility so I may receive two separate bills for my care (one from the hospital and one from my doctors). I understand there is no promise that my insurance or an aid program will pay my Denver Health bill and I must pay any bill that is not paid by insurance or an aid program. I agree to give Denver Health information about my health insurance and about anyone that caused the injuries that made me come to Denver Health. I promise that all of the information I give when applying for benefits under medical assistance (Medicaid) will be correct. I understand that I may have to get my health insurance or aid program to approve my care so the insurance company or program will pay my Denver Health bill. I UNDERSTAND THAT I MUST PAY ANY DENVER HEALTH BILLS THAT ARE NOT PAID BY INSURANCE OR AN AID PROGRAM BECAUSE I DID NOT PROVIDE DENVER HEALTH WITH INFORMATION TO FILE A CLAIM, OR BECAUSE I DID NOT GET INSURANCE APPROVALS, OR MAYBE BECAUSE DENVER HEALTH DOES NOT HAVE A CONTRACT WITH MY INSURANCE COMPANY (OUT OF NETWORK), IF ALLOWED BY LAW. I agree to pay all co-payments, deductibles and other charges not covered by insurance or an aid program, unless payment is not required by law or written agreement with my insurer. I understand that I must pay for any care not covered or discounted by insurance or an aid program because the care is not considered medically necessary, like cosmetic surgery.

ASSIGNMENT OF BENEFITS AND CLAIMS: I assign or give my rights to Denver Health, up to the amount of my medical expenses, any and all benefits, damages and settlements that I may be entitled to receive from health, homeowner’s, business owner’s, workers’ compensation, rehabilitation and disability insurers. Denver Health may, but does not have to, sue the responsible person to recover my healthcare expenses in my name or in the name of Denver Health. I agree to help Denver Health in its claim in any reasonable manner requested. I give to Denver Health an irrevocable, limited, power of attorney to sign for me any release, consent, authorization or other document requested by an insurance company in order to pay Denver Health. I wish to provide for the payment of my healthcare expenses in the event of my death and therefore, to the extent permitted by law, allow Denver Health to name a Personal Representative to file and handle my estate, pay claims and other obligations, and make a claim for expenses against anybody that caused my injuries. Colorado law allows Denver Health to file hospital liens (claim on property) against any insurance available to pay my healthcare expenses. Denver Health may include my name, social security number, and date of birth in any hospital liens that Denver Health files on my account.

DELINQUENT ACCOUNTS: I understand that if Denver Health is slow in trying to collect my bill or gives me extra time to pay, that does not forgive my need to pay. If my bill is overdue, Denver Health may refuse to provide care until my bill is paid, unless not allowed by law such as an emergency. Interest on unpaid bills may be charged at the highest rate allowed by law. If Denver Health has to sue me to collect my bill, Denver Health may file such lawsuit in the District or County Courts of Denver, Colorado. I agree that Denver Health can provide my medical and billing records in any such collection lawsuit and related matters. In the event that DHHA wins in court, I agree to pay to Denver Health its reasonable lawyer’s fees, court costs, and expenses of collection. I allow Denver Health to obtain copies of my credit bureau reports and to obtain from anybody any information about me that is reasonably necessary for collection purposes. I consent to be contacted by regular mail, email, text, or telephone (including wireless/cell number) regarding any matter to my account(s). This consent applies to all Denver Health providers and/or any company working for Denver Health. This consent includes any updated or additional contact information that I may provide, and includes phone calls that employ auto-dialer technology and prerecorded messages. If I want to cancel this consent, I agree to provide notice of that by contacting Denver Health Patient Financial Services.

BEHAVIOR EXPECTATIONS: I understand that if I am physically or verbally threatening, hostile, or violent while at Denver Health, I may be refused any further care unless it is an emergency. I understand that Denver Health Security and the Police will be called and that I might be prosecuted. I also understand that while admitted for treatment to the hospital as an inpatient at Denver Health, I may not leave my hospital room to go outside.

NON-SMOKING POLICY: I understand that I am not allowed to smoke, use any tobacco products including e-cigarettes or vaping on or next to Denver Health and any of its locations. I cannot leave Denver Health to smoke during my inpatient hospital admission.

CONTRABAND AND PERSONAL PROPERTY: I understand that I may not keep any weapons, explosives, drugs, marijuana, alcohol or other items not allowed by law or hospital policy (contraband) while I am at Denver Health. Should Denver Health suspect I have any contraband, Denver Health has my permission and may search my clothing, personal belongings and area of care. If any contraband is found, Denver Health may take possession of the items

and dispose of them in any manner allowed by law. Denver Health may also notify Law Enforcement. I understand that I should not have any money or other valuable property while at Denver Health. Denver Health is not responsible for damage to, theft, or loss of my money and other property.

GOVERNMENTAL IMMUNITY: Medical care or treatment at Denver Health may be given by people who are considered public employees by the Colorado Governmental Immunity Act (Article 10 of Title 24 of the Colorado Revised Statutes). That law limits the amount of money I can receive if I make a claim or file a law suit against Denver Health or its employees. I understand that the Colorado Governmental immunity Act requires that I, or my lawyer, file a formal notice of claim against Denver Health. That notice must be filed within 182 days of finding out I have an injury or as stated by the Governmental Immunity Act.

DURATION OF CONSENT: I understand that this Consent will be active for as long as I receive healthcare at Denver Health, or until I cancel this Consent in writing. If I cancel this Consent, it will be cancelled only as to future care and not as to care I already received. If I have already received care but could not sign this Consent until now, I agree that this Consent will apply to the care that I have already received. I may be asked to sign additional Consent forms on a yearly basis, upon each admission to the hospital or as required by hospital policy.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE/GUARANTOR: If I am not the patient and I sign this Consent as the patient's Authorized Representative, I have full legal authority to sign on behalf of the patient and I understand that Denver Health is relying upon the truthfulness of this representation. I understand that both the patient and I will be fully bound by this Consent. I understand that, by signing this Consent I **GUARANTEE AND AGREE TO MAKE PAYMENT OF ALL OF THE PATIENT'S HEALTHCARE EXPENSES**, and that if payment is not made, the patient and I will be subject to the remedies provided in the paragraph entitled, Delinquent Accounts, above.

ACKNOWLEDGMENT: I acknowledge that I have read this Consent and understand and agree with what it says. Any questions that I had about this Consent have been answered. No one has forced me to sign this Consent against my will. I have either received or have been offered a copy of this Consent.

I CERTIFY THAT THE INFORMATION I PROVIDE BELOW WILL BE TRUE AND COMPLETE. I UNDERSTAND THAT PROVIDING FALSE INFORMATION TO OBTAIN HOSPITAL OR MEDICAL CARE IS A CLASS 1 MISDEMEANOR PUNISHABLE UPON CONVICTION BY UP TO EIGHTEEN (18) MONTHS IMPRISONMENT OR A \$5,000.00 FINE OR BOTH (C.R.S., §§18-13-124 and 18-1.3-501). I UNDERSTAND THAT IF I PROVIDE FALSE, MISLEADING, OR INCOMPLETE INFORMATION AS TO MY IDENTITY OR RESIDENCE ADDRESS OR WHEN APPLYING FOR A FINANCIAL AID PROGRAM, DENVER HEALTH MAY REPORT ME TO LAW ENFORCEMENT AND MAY REFUSE TO PROVIDE ME WITH NON-EMERGENCY-RELATED HEALTHCARE.

For care that I am receiving today as an outpatient if it applies, I acknowledge that I am being seen in a Denver Health urgent care clinic or emergency department. (Please initial one) Emergency services are for more severe conditions and often result in higher out of pocket costs for the patient.

If you are signing this Consent as the patient's Authorized Representative, put an "X" in the box that shows your legal relationship to the patient:

- ☐ patient's parent
- ☐ patient's legal guardian
- ☐ patient's child over the age of 18
- ☐ patient's legal custodian
- ☐ patient's foster parent
- ☐ other legal relationship: _____
- ☐ patient's conservator
- ☐ patient's spouse
- ☐ power of attorney

Patient Signature/

Date (mm/dd/yy)

Time (00:00)

Print full legal name of Patient: _____

Signatures are not required if already provided on form F60-809 (SBHC USE ONLY)

Authorized Representative Signature/

Date (mm/dd/yy)

Time (00:00)

Print full legal name of Authorized Representative: _____

DHHA Witness Signature/

Date (mm/dd/yy)

Time (00:00)

PRINT name of DHHA witness: _____

OFFICE USE ONLY:

- ☐ Patient is unable to provide consent due to condition.
- ☐ Patient is unable to sign due to condition; however, did provide Oral consent.
- ☐ Patient is a minor. Consent was obtained by telephone from _____, who is the patient's: _____.
- ☐ Patient refused to sign.

DHHA Staff Person's Name (Printed)



DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY

EL CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO Y LOS TERMINOS RELACIONADOS CON EL PAGO (CONSENTIMIENTO)

CAMBIOS A ESTE CONSENTIMIENTO: ENTIENDO QUE **NO PUEDO TACHAR NINGUNA** DE LAS DISPOSICIONES DE ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE, SI LO HAGO, DENVER HEALTH AND HOSPITAL AUTHORITY PUEDE NEGARSE A PROPORCIONARME ATENCIÓN MÉDICA NO RELACIONADA CON UNA EMERGENCIA. ENTIENDO QUE LOS CAMBIOS QUE YO HAGA NO SERÁN VINCULANTES NI EJECUTABLES.

DEFINICIONES: "Denver Health and Hospital Authority" ("DHHA") comprende todas las instalaciones de DHHA, incluyendo el hospital y las clínicas en vecindarios y escuelas, así como las clínicas móviles, oficinas satélite y ambulancias. "Atención médica" incluye servicios rutinarios de hospital, procedimientos de diagnóstico, terapia intravenosa, medicamentos, anestesia, inyecciones, transfusiones de sangre, consejería y otros servicios de salud.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Deseo recibir atención médica de los proveedores de Denver Health y de otras personas autorizadas a tratarme en Denver Health, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio. La atención ambulatoria puede ser en persona o por telesalud. Si utilizo telesalud, entiendo que Denver Health protege mi privacidad utilizando un sistema encriptado que se atiene a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Sin embargo, sé que existen riesgos en telesalud, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y problemas técnicos. Entiendo que el proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta de telesalud si se considera que la conexión no es buena para mi situación. Denver Health es un hospital universitario y parte de mi atención médica puede ser brindada por proveedores que se están capacitando y que pueden no ser empleados de Denver Health. Tengo derecho a hacer preguntas y a hablar sobre mi tratamiento con mis proveedores, y tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento. Si decido dejar Denver Health como paciente hospitalizado antes de que termine mi tratamiento, hablaré con mi proveedor o proveedores antes de irme. Si me voy y mi proveedor piensa que no me conviene hacerlo, mi salida será registrada como un alta en contra del asesoramiento médico (AMA) en los registros de Denver Health. Si dejo el hospital en contra del asesoramiento médico (AMA), Denver Health no será responsable de nada de lo que me suceda por no seguir los consejos que se me hayan dado. Es posible que me pidan que firme otros formularios de consentimiento si me someto a un procedimiento o si participo en un estudio de investigación. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que la atención que se me brinde puede implicar riesgos de lesiones e incluso la muerte. Sé que no se me han dado garantías ni promesas sobre el resultado de mi tratamiento.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN: Acepto permitir que DHHA y mis proveedores de atención médica revelen información de mis expedientes médicos y de facturas para fines relativos al tratamiento, operaciones de atención médica, como se describe en el aviso de prácticas de privacidad de DHHA, y para la planificación del alta, transferencia y propósitos de seguimiento. Estoy de acuerdo en permitir que DHHA y mis proveedores de atención médica revelen información de mis registros médicos y de facturas a cualquier proveedor que me brinde atención médica y a cualquiera de las partes que puede ser responsable del pago de mis gastos de atención médica, incluyendo las compañías de seguros, programas de ayuda financiera ("programas de ayuda"), empleadores en materia de compensación a los trabajadores, así como la parte responsable de mis lesiones y sus representantes legales y compañías de seguros. Entiendo que una vez que se revela dicha información, DHHA no puede controlar su confidencialidad.

SEGURO DE SALUD Y PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA: Entiendo que no hay ninguna garantía de que paguen mis gastos de atención médica el seguro o un programa de ayuda y que debo yo pagar los gastos médicos que no sean pagados por el seguro o por un programa de ayuda. Acepto dar a DHHA, antes o al momento de mi tratamiento, toda la información que tengo sobre todo seguro disponible para pagar mis gastos médicos y sobre toda parte responsable de mis lesiones. Certifico que toda la información que yo proporcione al solicitar beneficios bajo los programas federales y estatales de asistencia médica será verdadera y correcta. Entiendo que debo obtener todas las autorizaciones previas y referencias requeridas por las compañías de seguro y los programas de ayuda para realizar el pago de mis gastos médicos. ENTIENDO QUE DEBO PAGAR LOS GASTOS MÉDICOS QUE NO SON PAGADOS POR EL SEGURO O UN PROGRAMA DE AYUDA PORQUE NO PROPORCIONÉ OPORTUNAMENTE A DHHA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR UN RECLAMO, O PORQUE NO OBTUVE LAS REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES PREVIAS O PORQUE DHHA ES UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED. Acepto pagar todos los copagos, deducibles y otros gastos no cubiertos por el seguro o por un programa de ayuda, a menos que el pago no sea requerido por ley o un acuerdo escrito. Entiendo que debo pagar toda atención médica no cubierta o no descontada por el seguro o por un programa de ayuda porque la atención médica es de cirugía cosmética o electiva, o no se considera médicamente necesaria.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RECLAMOS: Por este medio asigno a DHHA, hasta el monto de mis gastos médicos, todos los beneficios, daños y pagos a que yo tenga derecho a recibir de los seguros de salud, de propiedad, de propietario de negocio, de compensación de trabajadores, de rehabilitación y de discapacidad; y del seguro de vehículos motorizados para pagos médicos, de responsabilidad, sin seguro, con seguro insuficiente, basado en la culpa y de protección contra lesiones personales; y de todo reclamo por negligencia, lesiones personales e incumplimiento de contrato que yo pueda tener en relación con mis lesiones; y de Medicare, Medicaid y otros programas. Por este medio doy a DHHA el derecho a presentar reclamos y recibir pagos directamente de cualquier compañía de seguros, programa de ayuda o la parte responsable de mis lesiones; y por este medio ordeno y pido a tales compañías de seguros, programas de ayuda y partes responsables que efectúen el pago directa y únicamente a la orden de DHHA. Por este medio asigno a DHHA todos y cada uno de los reclamos que pueda yo tener contra cualquier parte responsable de mis lesiones y las aseguradoras de esa parte. DHHA puede, a su discreción, presentar una demanda para recuperar mis gastos médicos en mi nombre o en nombre de DHHA. Estoy de acuerdo en ayudar a DHHA a tramitar su reclamo de cualquier manera razonable solicitada. Por este medio doy a DHHA un poder notarial irrevocable, limitado, para firmar en mi nombre cualquier divulgación, consentimiento, autorización u otro documento requerido por una compañía de seguros para pagar a DHHA. Deseo proveer para el pago de mis gastos médicos en caso de que yo muera y, por lo tanto, en la medida permitida por la ley, autorizo a DHHA que designe a un Representante Personal que registre y administre mis bienes, prevea el pago de reclamos permitidos y otras obligaciones y prosiga cualquier reclamo que tenga mi patrimonio contra cualquier parte responsable de mis lesiones y las aseguradoras de esa parte para la recuperación de mis gastos médicos. El Artículo 27 del Título 38 de los Estatutos Revisados de Colorado permite que DHHA presente gravámenes de hospital contra cualquier ingreso de seguros disponible para pagar mis gastos médicos. DHHA puede incluir mi nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento en cualquier gravamen de hospital que presente DHHA en mi nombre.

CUENTAS MOROSAS: Entiendo que ninguna extensión, clemencia o retraso de DHHA en hacer valer sus derechos para que se le paguen mis gastos médicos me libran de la obligación de pagar mis gastos médicos. Si el saldo que debo a DHHA está atrasado, DHHA puede negarse a darme, hasta donde permita la ley, atención médica no relacionada con una emergencia hasta que mi saldo esté totalmente pagado. Se cobrarán intereses sobre saldos vencidos a una tasa baja del 12% anual o a la tasa más alta permitida por la ley. Si fuera necesario para DHHA el presentar una demanda de cobro en mi contra, DHHA puede presentar dicha demanda en el distrito o los tribunales del Condado de Denver, Colorado. Estoy de acuerdo en que DHHA pueda presentar testimonio en cuanto a mis registros médicos y de facturas en cualquier demanda de cobro y de procedimientos de mediación y descubrimiento relacionados con dicho cobro. En caso de que DHHA gane en el tribunal, estoy de acuerdo en pagar a DHHA honorarios razonables de sus abogados, costas judiciales y gastos de cobro. Autorizo a DHHA para que obtenga copias de mis informes de agencias de crédito y obtenga de cualquier fuente toda información acerca de mí que sea razonablemente necesaria para fines de verificación de identificación, localización y cobro. Doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo por correo ordinario, correo electrónico, texto o teléfono (incluyendo el número de celular/inalámbrico) sobre cualquier asunto relativo a mi cuenta o cuentas. Este consentimiento se aplica a todos los proveedores de atención médica de DHHA o a toda entidad que trabaje en nombre de DHHA. Este consentimiento incluye toda actualización o información de contacto adicional que yo pueda dar, e incluye llamadas telefónicas realizadas mediante tecnología de marcador automático y mensajes pregrabados. Si deseo revocar este consentimiento, estoy de acuerdo en proporcionar un aviso de esa revocación comunicándome con Servicios Financieros de Pacientes de DHHA.

EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO: Entiendo que, si me muestro física o verbalmente amenazante, hostil o violento en cualquier instalación de DHHA, se me puede negar atención médica adicional que no sea de emergencia. Entiendo que se llamará a Seguridad de DHHA y a la policía y que, si procede, será procesado. También entiendo que mientras esté hospitalizado para tratamiento en Denver Health no puedo salir de mi sala del hospital para salir afuera.

POLÍTICA DE NO FUMAR: Entiendo que no estoy autorizado a fumar en el campus de DHHA ni en los lugares adyacentes, ni puedo salir del campus del hospital para fumar durante mi hospitalización.

CONTRABANDO Y OBJETOS DE VALOR PERSONAL: Entiendo que no puedo guardar armas, explosivos, drogas, alcohol ni otro contrabando mientras estoy en un local de DHHA. Si DHHA sospecha la presencia de contrabando, DHHA puede revisar mi ropa, mis pertenencias personales y el lugar donde se me atiende. Si se encuentra cualquier contrabando, DHHA puede notificar a la policía, tomar posesión del contrabando y disponer de él en cualquier forma permitida por la ley. Entiendo que no debo guardar en mi poder ningún dinero ni otros bienes de valor en DHHA. DHHA no asume ninguna responsabilidad por daño, robo o pérdida de dinero y otros bienes.

INMUNIDAD GUBERNAMENTAL: Pueden proporcionar atención médica o tratamiento en DHHA personas que son consideradas empleados públicos por la Ley de Inmunidad Gubernamental de Colorado. La Ley de Inmunidad Gubernamental Colorado, Artículo 10 del Título 24 de los Estatutos Revisados de Colorado limita la cantidad de daños recuperables de entidades y empleados públicos, requiere una notificación formal de reclamo y pone un plazo de ciento ochenta (180) días para la presentación de tal notificación de reclamo.

DURACIÓN DE ESTE CONSENTIMIENTO: Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras reciba atención médica en DHHA, o hasta que yo cancele este consentimiento por escrito. Si cancelo este consentimiento, este se cancelará solamente en cuanto a la atención médica futura y no en cuanto a la atención médica proporcionada previamente. Si ya he recibido atención médica pero mi condición u otras circunstancias me impidieron firmar este consentimiento hasta ahora, entiendo y acepto que las disposiciones de este consentimiento se aplicarán a la atención médica que ya he recibido. Es posible que se me pida que firme formularios de consentimiento adicionales cada año y cada vez que ingrese en el hospital.

REPRESENTANTE/GARANTE AUTORIZADO: Si no soy paciente y firmo este consentimiento como representante autorizado del paciente, por este medio declaro que tengo la autoridad legal para firmar en nombre del paciente y entiendo que DHHA confía en la veracidad de esta declaración. Entiendo que tanto el paciente como yo estaremos completamente obligados por todas las disposiciones de este consentimiento. Entiendo que, al firmar este consentimiento como un representante autorizado, GARANTIZO y ACEPTO EFECTUAR EL PAGO DE TODOS LOS GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE y que, si no se efectúa el pago, el paciente y yo estaremos sujetos a los recursos previstos en el párrafo previo titulado Cuentas Morosas.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Yo autorizo la divulgación de mi información médica para fines de tratamiento, pago y atención médica, según se define en el DHHA, un aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que mi información de salud será intercambiada electrónicamente con otras organizaciones y proveedores de atención médica participantes para la continuidad de la atención. Reconozco que puedo cambiar mi estatus de participación, solicitando que salga en cualquier momento escribiendo al departamento a: Denver Health Y Hospital ATTN: Departamento de Administración de Información de Salud, MC: 0296 301 W. 6th Ave Denver CO 80204.

RECONOCIMIENTO: Reconozco que he leído este consentimiento y que entiendo y acepto lo que dice. Se han contestado todas las preguntas que tenía acerca de este consentimiento. Nadie me ha forzado a firmar este consentimiento contra mi voluntad. He recibido o se me ha ofrecido una copia de este consentimiento.

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE DOY A CONTINUACIÓN SERÁ VERDADERA Y COMPLETA. ENTIENDO QUE DAR FALSA INFORMACIÓN PARA INGRESAR AL HOSPITAL O RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL ES UN DELITO MENOR DE CLASE 1 QUE SE SANCIONA CON HASTA DIECIOCHO (18) MESES DE PRISIÓN O UNA MULTA DE \$5,000.00 O AMBAS COSAS (C.R.S., §§18-13-124 y 18-1.3-501). ENTIENDO QUE, SI DOY INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O INCOMPLETA SOBRE MI IDENTIDAD O DOMICILIO O AL PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA UN PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA, DHHA ME PUEDE DENUNCIAR A LA POLICÍA Y PUEDE NEGARSE A PROPORCIONARME ATENCIÓN MÉDICA QUE NO SEA DE EMERGENCIA.

Si firma este consentimiento como representante autorizado del paciente, ponga una “X” en la casilla que indique su relación jurídica con el paciente:

- ☐ padre o madre del paciente
- ☐ padrastro o madrastra del paciente
- ☐ padre o madre adoptiva
- ☐ cónyuge del paciente
- ☐ tutor legal del paciente
- ☐ custodio legal del paciente
- ☐ curador del paciente
- ☐ poder notarial
- ☐ hijo del paciente mayor de 18 años
- ☐ otra relación jurídica: _____

Firma del paciente /

Fecha (mm/dd/aa)

Hora (00:00)

Nombre legal completo del paciente en letra de imprenta: _____

No se requieren firmas si ya se proporcionaron en el formulario F60-809

Firma del representante autorizado /

(SBHC USE ONLY)

Fecha (mm/dd/aa)

Hora (00:00)

Nombre legal completo del representante autorizado en letra de imprenta: _____

Firma del testigo de DHHA /

Fecha (mm/dd/aa)

Hora (00:00)

Nombre del testigo de DHHA en letra de imprenta: _____

OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE OFICINA):

- ☐ Patient is unable to provide consent due to condition.
- ☐ Patient is unable to sign due to condition; however, did provide Oral consent.
- ☐ Patient is a minor. Consent was obtained by telephone from _____, who is the patient’s: _____.
- ☐ Patient refused to sign.

DHHA Staff Person’s Name (Printed)

