



Consent for Treatment and/or Services

GENERAL CONSENT: I hereby voluntarily authorize Mercy Community Healthcare to provide healthcare services encompassing medical services, psychiatric services, psychological services, counseling services, social services, diagnostic testing and therapeutic procedures to me/my child. I understand that these services may include an evaluation and assessment to help determine the treatment or services needed.

After my/my child's evaluation, I will receive an explanation of the provider's initial impressions and treatment recommendations. This explanation will cover all types of services that Mercy Community Healthcare has determined will benefit the therapeutic process. I understand that I will be actively involved in my/my child's treatment plan.

I understand that all services provided to me/my child are confidential except in certain situations. I understand that providers are legally mandated to report actual or suspected child abuse to the appropriate authorities. I understand I will be informed if Mercy Community Healthcare's providers determine my child is in danger of hurting themselves or others. In this event, additional assessment and notification of appropriate authorities may be warranted. I further understand that Mercy Community Healthcare's providers may be required to release information to or testify in court, if summoned.

If there are any changes to my/my child's treatment/services they will be explained to me. I understand that all services are voluntary.

RELEASE OF INFORMATION/ASSIGNMENT OF BENEFITS: I authorize that payment be made to Mercy Community Healthcare and I authorize release of any information necessary to process claims for services rendered to me/my child. I also authorize the release of information to Medicare, Medicaid or third party payers, medical and non-medical information, including employment status, and whether I have group insurance, liability, no-fault, worker's compensation or other insurance which is responsible to pay for the services for which a Medicare, Medicaid or other claim is made.

I authorize Mercy Community Healthcare (MCH), as a holder of medical or other information about me/my child, to release to insurance companies, health plans, agencies or representatives of any companies handling my/my child's claims, any information needed for this or any other claim for services obtained from MCH.

PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY: I understand that Mercy Community Healthcare shall bill all insurance companies and third party payers if contractually obligated to do so. If my insurance fails to pay for any services provided to me/my child, I hereby acknowledge that I am responsible for any unpaid balances that are deemed my responsibility by Medicare, Medicaid, or other third party payers.

If I do not have insurance, Mercy Community Healthcare will make arrangements with me to pay for my/my child's healthcare services on MCH's Sliding Fee Scale. Determination is made based on household income and total number of family members. I agree to make all payments that have been arranged for me.

Patient Name (Print): _____ **Date of Birth:** _____

Signature of Patient/Legal Guardian: _____ **Date:** _____



Consentimiento para Tratamiento y/o Servicios

CONSENTIMIENTO GENERAL: Yo por este medio autorizo a Mercy Community Healthcare para que proporcione servicios de salud incluyendo servicios médicos, psiquiátricos y psicológicos, servicios de consejería, servicios sociales, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos a mí/a mi hijo(a). Entiendo que estos servicios podrían incluir una evaluación para ayudar a determinar el tratamiento o servicio que se necesita.

Después de la evaluación mía/de mi hijo(a), recibiré una explicación de las impresiones iniciales del proveedor y sus recomendaciones para el tratamiento. Esta explicación incluirá todos los tipos de servicios que Mercy Community Healthcare haya determinado beneficiará el proceso terapéutico. Entiendo que estaré involucrado activamente en el plan de tratamiento de mí/mi hijo(a).

Entiendo que todos los servicios prestados a mí/mi hijo son confidenciales salvo en ciertas situaciones. Entiendo que se mandan legalmente a los proveedores reportar abuso de niños sospechado o verdadero a las autoridades apropiadas. Entiendo que estaré informado si los proveedores de Mercy Community Healthcare determinan que mi hijo(a) está en peligro de lastimarse a sí mismo o a otras personas. En tal caso, evaluación adicional y notificación a las autoridades apropiadas podría ser justificada. Además entiendo que los proveedores de Mercy Community Healthcare podrían ser obligados divulgar información al tribunal o testificar, si se llaman.

Si se hacen cambios al tratamiento o a los servicios de mí/mi hijo(a) se me explicarán. Entiendo que todos los servicios son voluntarios.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo que se hagan los pagos a Mercy Community Healthcare y autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones por servicios prestados a mí/mi hijo(a). También autorizo la divulgación de información a Medicare, Medicaid o terceros pagadores, información médica y no médica, incluyendo la situación laboral, y si tengo un grupo de seguro, la responsabilidad, sin culpa, compensación de trabajador u otro seguro médico que sea responsable de pagar los servicios para los cuales se hagan una reclamación a Medicare, Medicaid u otros.

Autorizo que Mercy Community Healthcare (MHC), como poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí/mi hijo(a), pueda divulgar a las compañías de seguros, planes de salud, agencias o representantes de cualquier compañía encargándose de las reclamaciones de mí/mi hijo(a) cualquier información necesaria para servicios obtenidos de MCH.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE: Entiendo que Mercy Community Healthcare fracturará a todas las compañías de seguro médico y terceros pagadores si se obligan por contrato hacerlo. Si mi seguro médico no paga por los servicios prestados a mí/mi hijo, yo por este medio reconozco que soy responsable por los pagos pendientes que se consideren mi responsabilidad de parte de Medicare, Medicaid u otros terceros pagadores.

Si no tengo seguro médico, Mercy Community Healthcare hará arreglos conmigo para pagar los servicios de salud prestados a mí/mi hijo(a) usando la Escala Móvil de Sistema de Pago de MCH. Se hace la determinación basada en los ingresos familiares y el número total de miembros de la familia. Estoy de acuerdo hacer todos los pagos que sean arreglados para mí/mi hijo(a).

Nombre del Paciente (letra de molde): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____