



**CONSENT FOR TREATMENT,
PAYMENT, HEALTHCARE OPERATIONS**

I authorize Rogue Community Health to use and disclose the health and medical information of _____ for the purposes of Treatment, Payment and Health Care Operations.

- **Treatment** (includes activities performed by a provider, nurse, lab personnel, office staff, and other types of health care professionals providing care to you, coordinating or managing your care with third parties, and consultations with and between other health care providers. This consent includes treatment provided by any medical personnel who covers our practice by telephone as the on-call medical personnel).
- **Payment** (includes activities involved in determining your eligibility for health plan coverage, billing and receiving payment for your health benefit claims, and utilization management activities which may include review of health care services for medical necessity, justification of charges, pre-certification and pre- authorization).
- **Health Care Operations** (includes the necessary administrative and business functions of our office). Rogue Community Health is part of an organized health care arrangement including participants in the Oregon Community Health Information Network (OCHIN). Your health information may be shared by Rogue Community Health with other OCHIN participants when necessary for health care operations.

You may review Rogue Community Health's "Notice of Privacy Practices" for the additional information about the uses and disclosures of information described in the CONSENT prior to signing this CONSENT. Please verify that you have received a copy of our Notice by placing your initials here: _____.

Because we have reserved the right to change our privacy practices in accordance with the law, the terms contained in the Notice may change also. A summary of the Notice will be posted in our waiting room and web site indicating the effective date of the Notice in the upper right hand corner. We will offer you a copy of the Notice on your first visit to us after the effective date of the then current Notice. We will also provide you with a copy of the Notice upon your request.

As more fully explained in the Notice, you have the right to request restrictions on how we use and disclose your protected health information for treatment, payment, and health care operations purposes. We are not required to agree to your request. If we do agree, we are required to comply with you request unless the information is needed to provide you emergency treatment. Other medical personnel who provide call coverage for our office are required to use and disclose your protected health information consistent with the Notice.

I understand that I have the right to revoke this CONSENT provided that I do so in writing, except to the extent that Rogue Community Health has already used or disclosed the information in reliance on this CONSENT.

(Date) (Signature of patient) (or)

(Date) (Signature of person authorized by law)



CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION MEDICAL

Yo autorizo a Rogue Community Health para que use y divulgue la información médica de _____ con los propósitos de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Medica.

- Tratamiento (incluye actividades realizadas por un proveedor medico, enfermera, personal del laboratorio, empleados de la oficina, y otros tipos de profesionales médicos que le brindan atención medica, coordinación o manejo de su cuidado con terceras identidades, y consultaciones con y entre otros médicos. Este consentimiento incluye tratamiento proveído por cualquier personal medico que cubre nuestra clínica por teléfono como el personal medico que toma llamadas fuera de las otras de trabajo.
• Pago (incluye actividades involucradas para determinar su elegibilidad de la cobertura de su plan de seguro medico, facturación y recibir pago por sus reclamos de beneficio de salud, y utilización de manejo de actividades que pueden incluir revisión de los servicios de salud para la necesidad medica, justificación de cargos, pre-certificación y preautorización.
• Operaciones de Atención Médica (incluye las funciones administrativas y de negocio necesarias de nuestra oficina). Rogue Community Health es parte de un acuerdo de cuidado de salud organizado que incluye a participantes del Oregon Community Health Information Network (OCHIN). Su información médica puede ser compartida por Rogue Community Health con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los propósitos de operaciones de atención médica.

Usted puede revisar el "Aviso Sobre las Practicas de Privacidad" del Rogue Community Health para la información adicional sobre los usos y divulgaciones de información descrita en este CONSENTIMIENTO antes de firmar este CONSENTIMIENTO. Por favor verifique que usted ha recibido una copia de nuestro Aviso al imprimir sus iniciales aquí: _____.
Porque hemos reservado el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo a la ley, los términos contenidos en el Aviso también pueden cambiar. Un resumen del Aviso será publicado en nuestra sala de espera y pagina de Internet indicando la fecha de vigencia del Aviso en la esquina superior derecha. Le ofreceremos una copia del Aviso en su primera cita con nosotros después de que entre en vigor la fecha del entonces Aviso actual. También le proporcionaremos una copia del Aviso cuando usted lo solicite.
Como el Aviso le explicara mas en detalle, usted tiene el derecho a solicitar restricciones en como usamos o divulgamos su información medica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención medica. No estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos en acuerdo, estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Otro personal médico que proporciona cobertura de llamadas para nuestra oficina están obligados a usar y divulgar su información medica protegida de acuerdo con el Aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO siempre y cuando lo haga por escrito, excepto cuando Rogue Community Health ya haya usado o divulgado la información dependiendo en los términos de este Consentimiento.

(Fecha)

_____ (o)
(Firma del paciente)

(Fecha)

(Firma de la persona autorizada por ley)