

Authorization for Treatment

By signing below, I authorize and consent to the examination, diagnosis, and treatment by the medical and/or dental providers and other healthcare professionals at Finger Lakes Community Health.

I understand that:

1. **Nature of Treatment** - I voluntarily consent to any and/or all health care services, considered necessary or advisable by the healthcare provider. These include, but are not limited to, routine diagnostic procedures, medical or dental treatment, administration of medications, laboratory tests, and other procedures.
2. **Right to Refuse** - I have the right to refuse any procedure or treatment at any time during my care.
3. **Provider Information** - Different healthcare providers at Finger Lakes Community Health, including physicians, physician assistants, nurse practitioners, dentists, and other qualified professionals may treat me.
4. **Telehealth Services** - Telehealth technology may be used in some cases to provide services, and I consent to receive such services, if applicable.
5. **Emergency Care** - In the event of an emergency, immediate medical care may be provided to me without prior consent, as allowed by law.
6. **Dismissal from Practice** - I may be dismissed from medical, dental, and/or family planning services at any of the Finger Lakes Community Health facilities for any of the following reasons:
 - Persistent failure to keep scheduled appointments
 - Abusive behavior
 - Persistent refusal to follow medical advice
 - Non-payment for services

Patient Rights

- I was informed of my rights as a patient of this facility, including my right to receive considerate and respectful care, and to be informed about my treatment options.
- I received the Patient Bill of Rights and the Notice of Privacy Practices, which outline my rights regarding medical care and the privacy of my health information in compliance with state and federal regulations, including HIPAA. I also understand that I can request a copy of both documents at any time and can access a copy posted in the reception area of any Finger Lakes Community Health center.

Signatures - Patient (or Parent/Guardian if Minor):

By signing below, I acknowledge that I have read this authorization and have had any questions answered. I understand and agree to the terms outlined in this Authorization for Treatment. This consent will remain valid for as long as I am a patient of Finger Lakes Community Health.

Patient/Parent/Guardian Name (Print)

Patient/Parent/Guardian Signature

Date

Autorización para Tratamiento

Al firmar abajo, autorizo y consiento el examen, diagnóstico y tratamiento por parte de los proveedores médicos y/o dentales y otros profesionales de la salud de Finger Lakes Community Health.

Entiendo que:

1. **Naturaleza del Tratamiento:** Consiento voluntariamente a todos los servicios de atención médica, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos diagnósticos de rutina, tratamientos médicos o dentales, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y otros procedimientos que el proveedor de atención médica considere necesarios o aconsejables.
2. **Derecho a Rechazar:** Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento en cualquier momento durante mi atención.
3. **Información del Proveedor:** Puedo ser atendido por diferentes proveedores de atención médica de Finger Lakes Community Health, incluyendo médicos, asistentes médicos profesionales, enfermeros especializados, dentistas y otros profesionales calificados.
4. **Servicios de Telemedicina:** En algunos casos se puede utilizar tecnología de telemedicina para proporcionar servicios, y consiento recibir dichos servicios si corresponde.
5. **Atención de Emergencia:** En caso de una emergencia, se me puede proporcionar atención médica inmediata sin consentimiento previo, según lo permita la ley.
6. **Terminación de Servicios:** Puedo ser dado de baja de los servicios médicos, dentales y/o de planificación familiar en cualquiera de las instalaciones de Finger Lakes Community Health por cualquiera de las siguientes razones:
 - Falta persistente a las citas programadas
 - Comportamiento abusivo
 - Rechazo persistente a seguir el consejo médico
 - Falta de pago por los servicios

Derechos del Paciente

- Reconozco que se me ha informado sobre mis derechos como paciente de esta instalación, incluyendo mi derecho a recibir atención considerada y respetuosa y a ser informado sobre mis opciones de tratamiento.
- Reconozco que recibí la Carta de Derechos del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad, que detallan mis derechos respecto a la atención médica y la privacidad de mi información de salud en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales, incluyendo HIPAA. También reconozco que puedo solicitar una copia de ambos documentos en cualquier momento y que puedo acceder a una copia publicada en el área de recepción de cualquier centro de salud de Finger Lakes Community Health.

Firmas - Paciente (o Padre/Tutor si es Menor):

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, he tenido la oportunidad de hacer preguntas, entiendo y estoy de acuerdo con los términos descritos en esta Autorización para Tratamiento. Este consentimiento permanecerá válido mientras sea paciente de Finger Lakes Community Health.

Nombre del Paciente/Padre/Tutor

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha



Billing Consent

Assignment of Benefits

I authorize **Finger Lakes Community Health** to submit claims on my behalf to my insurance provider. I also authorize payments to be made directly to **Finger Lakes Community Health** for services provided to me or my dependent(s). A copy of this authorization may be used as a valid signature for the assignment of benefits.

I understand that I will be responsible for paying the full balance after receiving services, if I choose not to assign payment to the facility by changing my Primary Care Physician (PCP).

Authorization for Release of Information for Billing Purposes

I understand that **Finger Lakes Community Health** may need to share my health information for billing purposes with the insurance carrier. The information shared is generally limited to what is necessary for the claim, such as the diagnosis, treatment provided, and relevant medical history.

Credit Card Usage

I understand that **Finger Lakes Community Health** will not require me to pre-authorize a credit card payment before services are provided. If I choose to use a credit card for payment, I acknowledge that I am waiving my rights regarding healthcare debt under New York State law (Article 49A of the New York Public Health Law), which states that healthcare debt is not reportable to credit agencies. Using a credit card will remove this protection and any unpaid debt may be reported to credit agencies by my credit card provider.

Financial Responsibility

I understand that I am responsible for the payment of services provided by **Finger Lakes Community Health**. I am also responsible for any applicable insurance co-payments, deductibles, or non-covered services unless otherwise covered by financial assistance or by the sliding fee scale program (a discount program) after treatment has been provided.

Signatures - Patient (or Parent/Guardian if Minor):

I understand that my consent will be in place as long as I am a patient of Finger Lakes Community Health or until I rescind my consent in writing and deliver it to a Finger Lakes Community Health center. By signing below, I acknowledge that I have read, understood, and agreed to the terms outlined in this Billing Consent.

Patient/Parent/Guardian Name (Print)

Patient/Parent/Guardian Signature

Date

Consentimiento de Facturación

Cesión de Beneficios

Autorizo a **Finger Lakes Community Health** a presentar reclamaciones en mi nombre a mi proveedor de seguros. También autorizo que los pagos se realicen directamente a **Finger Lakes Community Health** por los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Una copia de esta autorización puede utilizarse como firma válida para la cesión de beneficios.

Entiendo que seré responsable de pagar el saldo completo después de recibir los servicios, si elijo no asignar el pago por servicios a la instalación cambiando mi Médico de Atención Primaria (PCP).

Autorización para la Divulgación de Información con Fines de Facturación

Entiendo que **Finger Lakes Community Health** puede, en caso necesario, compartir mi información médica con fines de facturación con la compañía aseguradora. La información compartida generalmente se limita a lo estrictamente necesario para la reclamación, como el diagnóstico, el tratamiento proporcionado y el historial médico relevante.

Uso de Tarjeta de Crédito

Entiendo que **Finger Lakes Community Health** no me pedirá preautorizar un pago con tarjeta de crédito antes de que se brinden los servicios. Si elijo usar una tarjeta de crédito para el pago, reconozco que estoy renunciando a mis derechos relacionados con la deuda de atención médica bajo la ley del Estado de Nueva York (Artículo 49A de la Ley de Salud Pública de Nueva York), que establece que la deuda de atención médica no es reportable a las agencias de crédito. El uso de una tarjeta de crédito eliminará esta protección y cualquier deuda puede ser reportada a las agencias de crédito por mi proveedor de tarjeta de crédito.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por **Finger Lakes Community Health**. También soy responsable por cualquier copago de seguro aplicable, de deducibles o de servicios no cubiertos, a menos que sean cubiertos mediante asistencia financiera o el programa de escala de tarifas variable, (programa de descuentos), después de que se haya prestado el tratamiento.

Firmas - Paciente (o Padre/Tutor si es Menor):

Entiendo que mi consentimiento estará vigente mientras sea paciente de Finger Lakes Community Health o hasta que revoque mi consentimiento por escrito y lo entregue a un centro de salud de Finger Lakes Community Health. Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos descritos en este Consentimiento de Facturación.

Nombre del Paciente/Padre/Tutor

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha