



CONSENTIMIENTO GENERAL

Cliente/Paciente: _____

Autorizo a Polara Health a proporcionar servicios de evaluación y tratamiento.

Acepto participar en mi proceso de planificación del tratamiento lo mejor que pueda y le informará a mi proveedor si ocurren situaciones que me impiden participar en tratamiento.

Entiendo que este consentimiento seguirá siendo válido mientras esté inscrito en los servicios con Polara Health o hasta que retire el consentimiento.

Polara Health puede usar y divulgar información sobre mí y mi salud para el propósito de diagnosticarme y tratarme, para obtener el pago de mayor cuidado y para realización de operaciones de atención médica. Existen normativas que controlan cómo Polara Health puede usar esta información sobre mí y mi salud. Polara Health cumple con estas regulaciones. Estas regulaciones se explican con más detalle en el "Aviso de Prácticas de privacidad". Tengo derecho a revisar el "Aviso de prácticas de privacidad" antes de Firma de este documento. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, *Estoy dando Permiso para todos los miembros de mi equipo de tratamiento clínico y mi seguro médico plan(es) que pueden incluir AHCCCS, Health Choice Atención Integrada y/o Medicare para acceder a mi información y registros.*

Entiendo que toda la información recopilada en el curso de mi tratamiento es confidencial. Sin embargo, la información confidencial puede ser divulgada sin mi consentimiento de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Nombre del Miembro (imprimir)

Firma del Miembro

Fecha