



Health Department

Universal Consent Form

Riley County Health Department
2030 Tecumseh Rd
Manhattan, Kansas 66502
Phone: 785-776-4779
Fax: 785-565-6566
www.rileycountyks.gov/health

BILLING

By my signature below, I authorize the Riley County Health Department to bill any of the medical payers as indicated and provide necessary information to process claims. I authorize payment of medical benefits to the Riley County Health Department for services rendered and I understand I will be responsible for payment of charges deemed "uncovered" by my health insurance. This constitutes advance notice to you, the beneficiary, that if all program requirements are met by the Riley County Health Department and payment is not made by KanCare or your Health Insurance, you may be responsible for the charges. You may also be responsible for charges if you fail to inform the Health Department of Insurance coverage in a timely manner. The undersigned has read the above authorization and understands the same. I certify that the information provided is true and correct to the best of my knowledge for myself or the person named above for whom I am parent or legal guardian of and authorized to make medical decisions for.

If immunizations are not covered by your health insurance. These items are required to comply with federal regulations, to receive services through the Vaccine For Children program; a written statement, or explanation of benefits claim from your Health insurance company stating immunizations are not covered. If we do not have a written statement prior to services the patient will be responsible for any portion that insurance will not cover. I consent for the inclusion of vaccines given as immunization data in the Kansas Immunization Registry for myself or the person named above for whom I am parent or legal guardian of and authorized to make medical decisions for.

It is your responsibility to verify that Riley County Health Department is an in-network provider for your insurance company. Charges will be the full price if Riley County is deemed a non-network provider after services are provided.

PRIVACY PRACTICES

All records of services rendered are considered confidential. I acknowledge that I have been offered a copy of the Riley County Health Department's Notice of Privacy Practices with the effective date of April 2019.

LABS / IMMUNIZATIONS

I have received information about the TB skin test. I had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I agree to return in 48-72 hours to have the test read. I understand the risks and benefits of the TB skin test and request the test be given to me or the person named above for whom I am parent or legal guardian of and authorized to make medical decisions for.

I have been advised to wait for 15 minutes after vaccination at Riley County Health Department or outreach location.

DATA APPLICATION AND INTEGRATION SOLUTION FOR THE EARLY YEARS (DAISEY)

As part of the Kansas Department of Health and Environment Family Health Comprehensive System, we will enter your data collected within your family planning visits in an electronic system, Data Application and Integration Solution for the Early Years (DAISEY). The system is designed to keep your information secure. We will only use your information to track, evaluate, and improve reproductive health services you receive from us.

Information that will be entered in the system includes:

- Individually Identifiable Health information (Ex: name, gender, date of birth).
- Information about services you receive (Ex: health screening, education, home visits).
- Information about assessments you receive as part of a service (Ex: answers to questions about housing needs, tobacco use, prenatal care).

This notice is effective on the date below. Your signature acknowledges receipt of this notice but is not required. This notice will remain in effect until the organization destroys your information. You may ask to see your information at any time.

INTEGRATED REFERRAL AND INTAKE SYSTEM (IRIS)

By signing below I agree that my family/household members' information can be shared in IRIS with other service providers in my community's referral network who will also secure my information. All information is confidential and will only be shared for its intended purpose of providing wanted services to yourself and/or your family.

SIGNATURE _____

DATE _____



Health Department

Riley County Health Department
2030 Tecumseh Rd
Manhattan, Kansas 66502
Phone: 785-776-4779
Fax: 785-565-6566
www.rileycountyks.gov/health

Universal Consent Form

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO UNIVERSAL

FACTURACIONE

Mediante mi firma, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Riley a facturar a cualquiera de los pagadores médicos como se indicó anteriormente y proporcionar la información necesaria para procesar las reclamaciones. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Riley por los servicios dados y entiendo que seré responsable por el pago de cargos considerados "No Cubiertos" por mi seguro médico. Esto constituye un aviso anticipado a usted, el beneficiario, que si todos los requisitos del programa son satisfechos por el Departamento de Salud del Condado de Riley y el pago no es hecho por KanCare o su Seguro de Salud, usted puede ser responsable de los cargos. Si sus servicios no están cubiertos. Usted puede ser responsable de cargos si no informa al Departamento de Salud de la cobertura de seguro médico a su debido tiempo. El firmante ha leído la autorización anterior y entiende lo mismo.

Si las vacunas no están cubiertas por su seguro médico. Estamos obligados a cumplir con las regulaciones federales, para recibir servicios a través del programa Vacuna para Niños; una declaración por escrito, o una explicación de beneficios de su compañía de seguro médico que indique que las vacunas no están cubiertas. Si no tenemos una declaración por escrito antes de los servicios, el paciente será responsable de cualquier parte que el seguro no cubrirá. Doy mi consentimiento para la inclusión de las vacunas dadas como datos de inmunización en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o para la persona mencionada anteriormente para la que soy padre o tutor legal y autorizado para tomar decisiones médicas.

Es su responsabilidad verificar que el Departamento de Salud del Condado de Riley es un proveedor dentro de la red de su compañía de seguro médico. Los cargos serán el precio normal si el Condado de Riley le proporciona servicios y no es considerado un proveedor en la red de su seguro médico.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Todos los registros de servicios proporcionados se consideran confidenciales. Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Riley con la fecha de efectividad de abril del 2019.

LABORATORIOS / VACUNAS

He recibido información sobre la prueba cutánea de tuberculosis. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Acepto regresar en 48-72 horas para que la prueba sea leída. Entiendo los riesgos y beneficios de la prueba cutánea de tuberculosis y solicito que se me dé la prueba a mí o a la persona mencionada anteriormente para quien soy padre o tutor legal y autorizado para tomar decisiones médicas.

Se me ha aconsejado esperar 15 minutos después de la vacunación en el Departamento de Salud del Condado de Riley o clínica satélite.

Aplicación de Datos y Solución de Integración para los Primeros Años (DAISEY)

Como parte del sistema Integral de salud familiar del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas. Entraremos sus datos en un sistema electrónico, la Aplicación de Datos y Solución de Integración para los Primeros Años conocido en inglés como DAISEY. El sistema está diseñado para mantener su información segura. Solo usaremos su información para mantener un registro, evaluar y mejorar los servicios que recibe de nosotros.

La información que se ingresará en el sistema incluye:

- Información de salud individualmente identificable (Ej.: nombre, sexo, fecha de nacimiento).
Información sobre los servicios que recibe (Ej.: exámenes de salud, educación, visitas domiciliarias).
Información sobre las evaluaciones que recibe (Ej.: respuestas a preguntas sobre necesidades de vivienda, uso de tabaco, atención prenatal).

Este aviso entrará en vigencia en la fecha indicada abajo. Su firma reconoce el recibo de este aviso pero no es requerido. Este aviso permanecerá en vigor hasta que la organización destruya su información. Usted puede pedir ver su información en cualquier momento.

AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA REFERIDOS (IRIS)

Al firmar estoy de acuerdo en que la información de mi familia y/o miembros del hogar se puede compartir en IRIS con otros proveedores de servicios en la red de referencias de mi comunidad, quienes también protegerán mi información. Toda la información es confidencial y solo se compartirá con el propósito previsto de proporcionar los servicios deseados a usted y / o su familia.

FIRMA _____ FECHA _____