



**RESPONSIBILITIES AND RELEASES**

I understand that by receiving services from the Provider for my family, or myself I am accepting responsibility for payment of charges. Co-Payment is due before treatment is rendered regardless of insurance coverage. Further, I authorize the release of any medical or other information necessary to receive care at any other health care Facility or process insurance claims, and authorize ICHC to obtain medical records as needed to provide and coordinate my care. I also authorize payment of insurance benefits to Inner City Health Center directly.

**Inner City Health Center offers whole person care services, including behavioral health support, screenings and education. We also partner with MHCD (Mental Health Center of Denver) for these services within our clinic. Your records are shared among your health care team.**

I may revoke this authorization in writing. If I do, it will not affect any actions already taken by the above named practice based upon this authorization. I may not be able to revoke this authorize if its purpose was to obtain insurance. Once the office discloses health information. The person or organization that received it may re-disclose it. Privacy laws may no longer protect it.

I authorize providers at Inner City Health Center to perform all forms of treatment, medication and therapy that may be indicated. I also understand the use of anesthetic agents embodies a certain risk. By signing this document, I verify that the above information is correct and that I agree to notify Inner City Health Center when my financial status changes.

---

**Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices**

I have received this office's Notice of Privacy Practice, which explains how my medical information may be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

**Signature of Patient or Patient's Representative**

**Date:**

Name of Patient or Patient's Representative



## **RESPONSABILIDADES Y COMUNICADOS**

Entiendo que por recibir los servicios del proveedor para mí o mi familia, estoy aceptando responsabilidad por pago de gastos. Copago es debida antes de tratamiento se procesa independientemente de la cobertura de seguro. Más aún, Autorizo a cualquier médico u otra información necesaria para recibir atención en cualquier otro establecimiento de salud o proceso de reclamaciones de seguros y autorizar ICHC para obtener expedientes médicos como sea necesario para proporcionar y coordinar mi cuidado. También autorizo el pago de beneficios de seguro al centro de salud centro de la ciudad directamente.

**Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará cualquier acción ya tomada por la práctica llamada anterior basada en esta autorización. No seré capaz de revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Una vez que la oficina revela información sobre la salud, la persona u organización que lo recibió puede volver a revelarla. Las leyes de privacidad ya no pueden protegerlo.**

Autorizo a los proveedores en el centro de la ciudad centro de salud para llevar a cabo todas las formas de tratamiento, la medicación y la terapia que puede ser indicada. También entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo.

Al firmar este documento, verificar que la información anterior es correcta y que estoy de acuerdo en notificar a Inner City Health Center cuando mi situación financiera cambia.

Persona paciente o legalmente autorizado

Date:

Nombre del paciente o representante del paciente