



Escanee para acceder a un vídeo de este documento en español.



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Distrito De Salud Pública De Champaign-Urbana

Pólizas de Privacidad y Acuerdo del Salud de Madres y Niños (MCH)

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Padre/Guardián: _____

Mientras que estoy inscrito/a en programas del Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana (CUPHD) MCH incluyendo WIC, Better Birth Outcomes, y APORS, le doy permiso a CUPHD y a sus empleados para proveer los siguientes servicios en cada sección al escribir mis iniciales en cada sección con la que estoy de acuerdo. También entiendo que estos servicios son voluntarios y no son obligatorios para participar en WIC. Si me niego a darle permiso a algunos o a todas las secciones de abajo no va a afectar mi elegibilidad de WIC.

Le doy permiso a CUPHD a proveer servicios a mi y/o a mi hijo/a y dar información mía a mi proveedor de servicios médicos. Entiendo que es mi responsabilidad buscar atención médica adicional cuando se me aconseje o si tengo preocupaciones adicionales sobre mi salud o la salud de mi hijo/a. Acepto la responsabilidad total de mi cuidado y tratamiento y liberó al CUPHD y a su personal de toda responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo a buscar la evaluación y el tratamiento médico recomendados.

Doy mi consentimiento al CUPHD y a sus empleados para que realicen pruebas de laboratorio (incluyendo hemoglobina - sin cargo para el programa WIC), exámenes físicos, de desarrollo y socioemocionales, evaluaciones y pruebas necesarias para determinar la salud general mía o de mi hijo/a mientras esté inscrito/a en los programas WIC y/o Better Birth Outcomes.

Autorizo el pago de beneficios médicos del seguro a CUPHD por servicios profesionales medicos, incluyendo servicios de apoyo a la lactancia materna, así como Exámenes de Desarrollo, Exámenes de Depresión Perinatal y Depresión Post-Parto (usado para Better Birth Outcomes y APORS).

También entiendo que hay posibilidad que sea necesario dar esta información a otros proveedores que también proveen atención o a otras agencias para las cuales se puede necesitar una referencia, como por ejemplo: Médicos, Servicios de Salud Mental, Servicios de Invención Temprana, escuelas, etc. La información revelada puede incluir cosas sobre mi salud mental, discapacidad del desarrollo, abuso de alcohol y/o de drogas, información sobre la salud reproductiva, abuso sexual, discapacidades de adultos, las enfermedades de transmisiones sexuales, y enfermedades infecciosas

incluyendo VIH/SIDA, etc. Si rechaza dar consentimiento para dar su información, su información no será dada.

_____ Reconozco la información que está escrita en la Póliza de Privacidad y también he ofrecido una copia escrita de la Póliza de Privacidad y he recibido una explicación verbal.

_____ He leído y he entendido los terminos de arriba de esta Autorización y por la presente autorizo consciente y voluntariamente a CUPHD, incluyendo WIC y Better Birth Outcomes (a utilizar o divulgar mi información médica en la forma descrita anteriormente.

_____ Le doy permiso a los empleados de CUPHD para enviarme correos electrónicos.

Mi correo electrónico es: _____

_____ Le doy permiso a los empleados de CUPHD para mandarme mensajes de texto.

Mi número de celular es: _____

Firma del Paciente/Padre/Guardián

Fecha

Testigo

Fecha

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.
MCH Consentimiento para Servicios última actualización: Abril 2025