



150 Lower Westfield Rd, Holyoke, MA, 01040
84 Willimansett St, South Hadley, MA 01075
Phone: 413-536-2393 Fax: 413-536-1087
www.holyokepediatrics.com

Consent to Treatment and Use of Health Information

Consent for Medical Treatment

I allow the healthcare providers of *Holyoke Pediatrics* to give the patient named below medical care, including medical examinations, diagnostic testing or procedures, administration of medications, treatment, and other medical services as determined by the provider. I understand that absent emergency circumstances, major therapeutic and diagnostic procedures will not be performed unless I have had the opportunity to discuss such procedures and the risks associated therewith to my satisfaction and I have consented to such procedure. I understand that the practice of medicine is not an exact science and I acknowledge that no guarantee has been made to me promising any specific result or outcome.

Release of Information for Payment and Assignment of Benefits

I agree that *Holyoke Pediatrics* can share the patient's health information with the patient's health plan or other payment source in order to receive payment for services rendered. I hereby assign to *Holyoke Pediatrics* the right to health insurance benefits otherwise payable to me or the patient on account of the care provided, and I authorize such medical insurance benefits to be paid directly to *Holyoke Pediatrics*. I agree to cooperate and provide information as needed to establish my eligibility for such benefits. A copy of this assignment and authorization may be used in place of the original.

Sharing Information Electronically

Holyoke Pediatrics may share information electronically with other healthcare providers involved in the patient's care. Information may be shared using platforms such as the Massachusetts Health Information Highway (Mass Hlway), Massachusetts Immunization Information System (MIIS), EpicCare Link, Care Everywhere, and others. I agree that *Holyoke Pediatrics* can use these platforms to share the patient's medical information. I have been provided with a copy of *Holyoke Pediatrics* Notice of Privacy Practices that describes other uses and disclosures of health information.

Acknowledgment

This approval will remain in effect until the patient leaves *Holyoke Pediatrics*.

Patient's Name

Patient's Date of Birth

Parent/Legal Guardian's Name (if applicable)

Relationship to Patient

Signature of Parent/Legal Guardian/Self (if 18+)

Date



150 Lower Westfield Rd, Holyoke, MA, 01040
84 Willimansett St, South Hadley, MA 01075
Phone: 413-536-2393 Fax: 413-536-1087
www.holyokepediatrics.com

Consentimiento para Tratamiento y Uso de Información de Salud

Consentimiento para Tratamiento Médico

Yo permito a los proveedores de cuidado de salud de *Holyoke Pediatrics* a proveer cuidado médico al paciente nombrado abajo, incluyendo exámenes médicos, pruebas o procedimientos diagnósticos, administración de medicaciones, tratamiento, u otros servicios médicos como determinado por el proveedor. Yo entiendo que ausentes circunstancias de emergencia, mayores procedimientos terapéuticos y de diagnóstico no serán ejecutados a menos que yo haya tenido la oportunidad de discutir tales procedimientos y los riesgos asociados con los mismos a mi satisfacción y yo haya dado mi consentimiento para tal procedimiento. Yo entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me han dado garantía a mí prometiendo ningún resultado o conclusión específicos.

Divulgación de Información para Pagos y Asignación de Beneficios

Yo acuerdo que *Holyoke Pediatrics* puede compartir la información de salud del paciente con el plan de seguro de salud del paciente u otras fuentes, para poder recibir pago por los servicios rendidos. Yo por este medio asigno a *Holyoke Pediatrics* el derecho de los beneficios de seguro de salud que de otra forma me serían pagados a mí o al paciente en cuenta del cuidado provisto, y yo autorizo tales beneficios de seguro médico a ser pagados directamente a *Holyoke Pediatrics*. Yo acuerdo en cooperar y proveer la información necesitada para establecer mi elegibilidad para tales beneficios. Una copia de esta asignación y autorización puede ser usada en lugar de la original.

Compartiendo Información Electrónicamente

Holyoke Pediatrics puede compartir información electrónicamente con otros proveedores de cuidado de salud envueltos en el cuidado del paciente. La información puede ser compartida usando plataformas tales como el “*Massachusetts Health Information Highway*” (*Mass HIway*), el “*Massachusetts Immunization Information System*” (MIIS), “*EpicCare Link*”, “*Care Everywhere*”, y otros. Yo acuerdo a que *Holyoke Pediatrics* pueda usar estas plataformas para compartir la información médica del paciente. Yo he sido provisto con una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de *Holyoke Pediatrics* que describe otros usos y divulgaciones de la información de salud.

Reconocimientos

Esta aprobación será mantenida en efecto hasta que el paciente deje a *Holyoke Pediatrics*.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre del Padre/ Guardián Legal (si aplicable)

Relación al Paciente

Firma del Padre/Guardián Legal/Mismo (si 18+)

Fecha