



Clinical Services Consent to Treatment

Name of Client: _____ Date of Birth: _____

I give my consent to the Larimer County Department of Health and Environment (LCDHE) to provide healthcare and treatment services at all clinic locations.

Services

- Clinical services may include, but not be limited to, examinations, laboratory procedures and tests, administration of medications and vaccines, counseling and education, birth control, pregnancy testing, sexually transmitted infection and HIV screening and testing (if indicated), and referral for care not provided at this clinic.
- I will be provided information about the vaccine(s), test(s), procedure(s), treatment(s) and birth control methods(s) prior to any of these services being provided. This information will include the benefits, risks, possible problems or complications and other choices.
- I understand that although every effort will be made to keep all risks and side effects to a minimum, risks, side effects, and complications can occur.
- I understand that medical doctors, advanced practice nurses, registered nurses and medical assistants may be involved in healthcare and treatment services at this clinic.
- I understand that I may be asked to sign a separate consent form for certain vaccine(s), test(s) and treatment(s).
- It is my choice to receive services and I can change my mind about receiving services at this clinic at any time.
- I am not guaranteed as to the results of the services I receive.
- Receiving family planning services is not a requirement to receiving any other services offered at the clinic.

Payment

- I allow LCDHE to file insurance benefits to pay for the care I receive.
- There may be services that are not covered by insurance and aid programs such as Title X, Vaccines for Children and 317. I may be billed for those services including, but not limited to, colposcopy, treating complications resulting from covered procedures, side effects from medications and/or vaccines, some lab tests, and vaccine administration fees.
- There are certain risks associated with all healthcare services and treatment that may result in additional costs to me.
- If I need a referral to another health care provider, I will assume responsibility for accessing and paying for this care.

Privacy

- All information about me is kept in strictest confidence and will not be released to anyone without my permission, except as required by law. This could include:
 - Positive test results of some sexually transmitted infections.
 - Suspected or known abuse of a minor, at-risk elder or at-risk adults with intellectual or developmental disabilities.
 - Physical signs of domestic violence or intimate partner violence.
- I understand that this clinic uses statewide databases that makes my health information available to the Colorado Department of Public Health and Environment Department for program reporting purposes.

I have read and understand the above information. I understand that this consent is valid until I withdraw my consent at any time. In the state of Colorado, a minor can receive sexual and reproductive healthcare services without parental or guardian consent.

Signature: _____ Date: _____
Individual or Legally Authorized Representative

Printed Name of Individual or Legally Authorized Representative: _____

OFFICE USE ONLY:

I am an employee of LCDHE and have witnessed the client or legally authorized representative voluntarily sign this form.

Signature and Title of Employee: _____ Date: _____

Interpreter Identification Information: _____

Servicios Clínicos Consentimiento para el Tratamiento

Servicios Clínicos Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Doy mi consentimiento al personal clínico del Departamento de Salud y Medio Ambiente del Condado de Larimer (LCDHE) para proporcionar servicios de atención médica y tratamiento en todas las ubicaciones de la clínica.

Servicios

- Los servicios clínicos pueden incluir, pero no se limitan a, exámenes, procedimientos y pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y vacunas, asesoramiento y educación, control de la natalidad, pruebas de embarazo, detección y pruebas de infecciones de transmisión sexual y VIH (si están indicadas), y remisión para atención no proporcionada en esta clínica.
- Se me proporcionará información sobre las vacunas, pruebas, procedimientos, tratamientos y métodos anticonceptivos antes de que se brinde cualquiera de estos servicios. Esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y otras opciones.
- Entiendo que aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, pueden ocurrir riesgos, efectos secundarios y complicaciones.
- Entiendo que los médicos, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras registradas y asistentes médicos pueden participar en los servicios de atención médica y tratamiento en esta clínica.
- Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento por separado para ciertas vacunas, pruebas y tratamientos.
- Es mi elección recibir servicios y puedo cambiar de opinión acerca de recibir servicios en esta clínica en cualquier momento.
- No estoy garantizado en cuanto a los resultados de los servicios que recibo.
- Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito para recibir otros servicios ofrecidos en la clínica.

Pago

- Autorizo a LCDHE a presentar beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.
- Puede haber servicios que no estén cubiertos por el seguro y los programas de ayuda, como el Título X, Vacunas para niños y 317. Es posible que se me facture por esos servicios, incluidos, entre otros, colposcopia, tratamiento de complicaciones resultantes de procedimientos cubiertos, efectos secundarios de medicamentos y/o vacunas, algunas pruebas de laboratorio y tarifas de administración de vacunas.
- Hay ciertos riesgos asociados con todos los servicios y tratamientos de atención médica que pueden resultar en costos adicionales para mí.
- Si necesito una remisión a otro proveedor de atención médica, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar por esta atención.

Privacidad

- Toda la información sobre mí se mantiene en la más estricta confidencialidad y no se divulgará a nadie sin mi permiso, excepto cuando lo exija la ley. Esto podría incluir:
 - Resultados positivos de algunas infecciones de transmisión sexual.
 - Abuso sospechado o conocido de menores, adultos en riesgo con discapacidades intelectuales o del desarrollo.
 - Signos físicos de violencia doméstica o violencia de pareja íntima
- Entiendo que esta clínica de atención médica utiliza una base de datos estatal que pone mi información médica a disposición del Departamento de Salud del Estado de Colorado para fines de informes del programa.

He leído y entiendo la información anterior. Entiendo que este consentimiento es válido hasta que lo retire en cualquier momento. En el estado de Colorado, un menor puede recibir servicios de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de sus padres o tutores.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Representante Individual o Legalmente Autorizado

Nombre impreso de la persona física o representante legalmente autorizado: _____

SOLO USO DE OFICINA:

I am an employee of LCDHE and have witnessed the client or legally authorized representative voluntarily sign this form.

Signature and Title of Employee: _____ **Date:** _____

Interpreter Identification Information: _____