

About Our Notice of Privacy Practices

We are committed to protecting your personal health information in compliance with the law. The attached Notice of Privacy Practices states:

- Our obligations under the law with respect to your personal health information.
- How we may use and disclose the health information that we keep about you.
- Your rights relating to your personal health information.
- Our rights to change our Notice of Privacy Practices.
- How to file a complaint if you believe your privacy rights have been violated.
- The conditions that apply to uses and disclosures not described in this Notice.
- The person to contact for further information about our privacy practices.

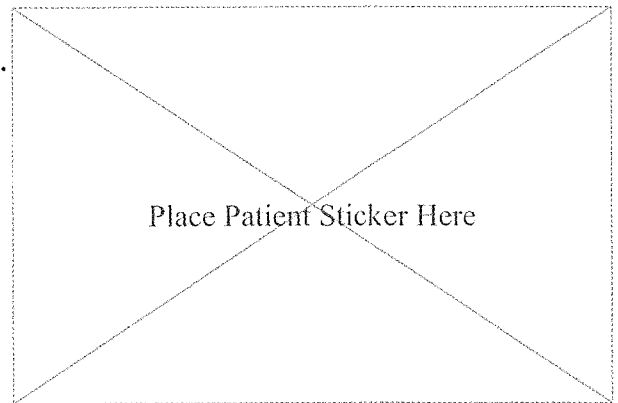
We are required by law to give you a copy of this notice and to obtain your written acknowledgement that you have received a copy of this notice.

Patient Acknowledgment of Receipt

I hereby acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices.

_____	_____
Patient's Signature	Date
_____	_____
Signature of Parent or Patient's Representative (if applicable)	Date

Description of Legal Authority to Act on Behalf of Patient	



Patient Consent

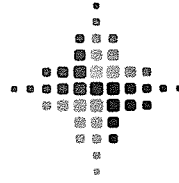
Payment Agreement: I understand that I am expected to promptly and fully pay for services provided by Primary Health Care, Inc. according to the fees established including co-pays and deductibles.

Assignment of Benefits: I hereby assign and authorize direct payment to Primary Health Care, Inc. of all insurance coverage or other benefits under any government program, any insurance policy or plan, or any other available benefit. This assignment shall remain in effect until revoked in writing.

Consent to Medical Treatment: I hereby request and give consent for the health care professionals at Primary Health Care, Inc. to provide medical treatment to me and/or my family. I understand Primary Health Care, Inc provides Integrated Behavioral Health Services and I may be referred to providers within the Primary Health Care, Inc treatment team for both physical and emotional conditions.

Consent to Release Protected Health Information: I authorize Primary Health Care, Inc. to release medical information relating to the patient to health insurance companies, health plans or third party payors, or their authorized agents, for the purpose of determining benefits payable in connection with services provided.

_____	_____	_____
Patient or Responsible Party Signature	Relationship to Patient	Date



RELACIONADO A NUESTRA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal en cumplimiento con la ley. La Notificación de Prácticas de Privacidad adjunta declara:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información de salud personal.
- Como podemos usar y divulgar la información de salud que mantenemos acerca de usted.
- Sus derechos en relación a su información de salud personal.
- Nuestros derechos a cambiar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.
- Como registrar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones no descritos en esta Notificación.
- La persona de contacto para información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad.

La ley nos requiere darle una copia de esta notificación y obtener su reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia de esta notificación.

Acuse de Recibo del Paciente

Por la presente, reconozco que yo he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

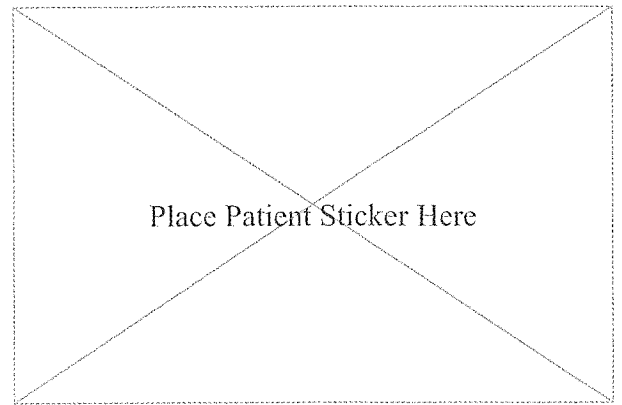
Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre o Representante del Paciente (si aplica)

Fecha

Descripción de la Autoridad Legal para Actuar a Favor del Paciente



Consentimiento del Paciente

Acuerdo de Pago: Certifico que la información proveída es verdadera. Entiendo que debo pagar inmediatamente y la cantidad entra de los servicios proveídos por Primary Health Care, Inc. De acuerdo con las cuotas establecidas incluyendo co-pagos y deducibles.

Asignación de Beneficios: Por medio de la presente asigno y autorizo pago directo a Primary Health Care, Inc. de toda cobertura de seguros o beneficios bajo cualquier programa gubernamental, cualquier póliza de seguro o plan, o cualquier otro beneficio disponible. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por escrito.

Consentimiento para Tratamiento Médico: Por medio de la presente solicito y doy consentimiento a los profesionales de cuidado de salud en Primary Health Care, Inc. de proveer tratamiento médico a mi y(o) a mi familia. Entiendo que Primary Health Care provee servicios para la salud mental, y que yo puedo ser referido a otros proveedores dentro del equipo de tratamiento de Primary Health Care, para condiciones emocionales y físicas.

Consentimiento para Revelar Información de Salud Protegida: Yo autorizo a Primary Health Care, Inc. para que revele información médico relacionada con el paciente a compañías de seguros médico, planes médicos o terceras personas responsables de pago, o sus agentes autorizados, con el propósito de determinar beneficios que deben ser pagados en conexión con los servicios de proveídos.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Parentesco con el Paciente

Fecha