



CONSENT FOR MEDICAL / DENTAL AND/OR BEHAVIORAL HEALTH CARE AND TREATMENT

- I understand Avenue 360 Health & Wellness is a Patient Centered Medical Home practice, which consists of a team of health care professionals who coordinate preventative and chronic care needs of patients.
- I understand that my medical information is confidential and protected to the extent of the law. My medical / dental / behavioural health records are confidential and are released with my written consent.
- I hereby give consent for medical / dental care treatment at Avenue 360 Health & Wellness. I understand there are certain hazards and risks associated with all forms of treatment and my consent is given knowing this.
- I hereby give consent for Greater Houston Healthconnect and it's current and future members to use and disclose my Protected Health Information: Yes or No, and I understand that I may withdraw my permission at any time by giving written notice at any of my healthcare providers participating with Health Connect.

_____/_____/_____ Today's Date: _____

Patient / Parent / Guardian Signature: _____ Relationship to Patient _____

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. By initialing below, I acknowledge that I have read and received the following:

_____ Notice of Privacy Practices Effective 11/07/2017

_____ Patient Rights & Responsibilities

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO MÉDICO / DENTAL Y/O DE SALUD MENTAL

- Yo entiendo que Avenue 360 Health & Wellness es un hogar medico centrado en el paciente que consiste de un equipo de profesionales de salud que coordina el cuidado preventiva y cronico para los pacientes.
- Yo entiendo que mi informacion medica es confidencial y esta protegida en la medida de lo permitido por la ley. Mis registros medicos / dentales y/o de salud mental son confidenciales y se divulgan con mi consentimineto por escrito.
- Por la presente doy mi consentimiento para el tratamineto de atencion medica / dental en Avenue 360 Health & Wellness. Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos asociados con todas las formas de tratamiento y mi consentimiento se da sabiendo esto.
- Yo doy mi consentimiento para que Greater Houston Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen mi informacion de salud protegida: Si o No, y entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificacion por escrito en culaquiera de mis proveedores de atencion medica que participan con Health Connect.

_____/_____/_____ Fecha de Hoy _____

Firma del Paciente / Padre o Guardián _____ Parentesco al Paciente _____

Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Con mis iniciales, reconozco que he leído y recibido lo siguiente:

_____ Aviso de Practicas de Privacidad – Efectivo: 11/07/2017

_____ Derechos y Responsabilidades del paciente

FOR OFFICE USE ONLY

Registration Staff Signature: _____ Account No: _____ Date: _____