Migrant Clinicians Network
PO Box 164285
Austin, Texas 78716

Business Phone: (512) 327-2017
Confidential Fax: (512) 327-6140
Confidential Phone: (800) 825-8205

Consent for Enrollment and Release of Medical Information

MCN Health Network

I, _____, have been informed about MCN's Health Network.
(Please print participant's name)

The Health Network is made up of four projects called Track II, TB*Net*, CAN-track, and Pre-Natal. I understand that MCN does not provide any health care treatment in connection with these projects. I agree to participate in the Health Network, and I understand that my protected health information and personal information will only be released for the purposes of my medical treatment, healthcare operations, payment, or pursuant to my authorization. **I agree to carry my enrollment card and/or portable record and to present it at future sites where I seek health care.** I understand that the records MCN holds for me may contain sensitive health information (examples: HIV status and/or information about mental health issues) if my health care provider believes this information is needed for my continued treatment. I therefore consent to enroll in the following MCN Health Network project(s):

Please **only** select projects for health conditions for which you are receiving care and would like additional help. By checking these boxes you are authorizing MCN to have access to your medical records in connection with these projects.

- ❑ Tuberculosis (TB*Net*)
- ❑ Breast, Cervical or Colon Cancer (CAN-track)
- ❑ Diabetes (Track II)
- ❑ Pregnancy (Pre-Natal)

I authorize MCN and future health care providers to have access to those medical records that my health care providers feel are necessary for my medical treatment and/or continued screening.

Authorized individuals from MCN may contact me by phone, mail or in person regarding follow up and referral for my treatment for these conditions. These individuals will adhere to federally mandated confidentiality procedures. This consent form will remain in effect for two years from the date that I sign this form. I can also submit a written request to leave the projects I am enrolled in at any time. I also understand that I have a right to receive a copy of my medical records on file with MCN upon written request. I hereby release MCN, its employees, officers, directors, successors and assigns in so much as following this Authorization and to the extent they make a good faith effort in complying with the federal privacy regulations. **This agreement will be effective for 2 years (24 months) from the date signed.**

First Name

Last Name

Mother's Maiden Name

Birth Date (Month / Day / Year)
__ __ / __ __ / __ __ __ __

_____ _____
Participant Signature (or Signature of Legal Representative) Date

Enrolling Clinic Name & Phone Number

_____
Relationship of Legal Representative to patient

_____ _____
Witness Signature Date

ID Number
(from front of enrollment card)

Password
(chosen by participant, must be 4 numbers long)

Security Question #1: What is your City of Birth?

Security Question #2: What is your Father's First Name?

Our forms are reviewed and revised yearly. Please use this form in 2006. Please contact us at 512-327-2017 for updated forms after 2006.

Migrant Clinicians Network
PO Box 164285
Austin, Texas 78716

Business Phone: (512) 327-2017
Confidential Fax: (512) 327-6140
Confidential Phone: (800) 825-8205

Autorización para la inscripción y entrega de información médica

MCN Red de Salud

Yo, _____, he sido informado acerca de la Red de Salud de MCN.
(Por favor escriba el nombre del paciente)

La Red de Salud contiene cuatro proyectos: Track II, TB*Net*, CAN-track y Embarazo (Pre-Natal). Entiendo que MCN no provee tratamiento alguno en conexión con estos programas. Estoy de acuerdo en participar en este programa, y entiendo que la información sobre mi salud y personal es confidencial, y podrá estar disponible y ser divulgada para mi tratamiento médico, asistencia médica, pagos, o según mi autorización. **Estoy de acuerdo en llevar conmigo la tarjeta de inscripción y/o el Registro Portátil, y presentarlo(s) en tod(o)a Unidad de Salud a la que acuda para obtener asistencia médica.** Comprendo que MCN tiene en su poder expedientes médicos que pueden contener información confidencial acerca mi salud (por ejemplo: resultados de VIH y/o información sobre mi salud mental) en caso que mi proveedor de salud si considere que esta información es importante para la continuación de mi tratamiento médico. Por lo tanto, estoy de acuerdo en inscribirme en los siguientes proyecto(s):

Por favor **solo** marque los programas para las condiciones de salud, para lo(a)s cuales está recibiendo tratamiento y quiere ayuda adicional. Al marcar estos espacios autoriza a MCN a tener acceso a su expediente médico relacionado a los proyectos.

- ❑ Tuberculosis (TB*Net*)
- ❑ Cáncer de seno, cervical o de colon (CAN-track)
- ❑ Diabetes (Track II)
- ❑ Embarazo (Pre-Natal)

Autorizo a MCN y a los (futuros) proveedores de salud, a tener acceso a los expedientes médicos que mi doctor considere necesarios para la continuación de mi tratamiento médico y/o (otros) exámenes de laboratorio.

El personal autorizado de MCN puede ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo, o en persona en referencia a estas condiciones de salud y al seguimiento de mi tratamiento médico. Este personal seguirá los procedimientos federales de confidencialidad. Este documento de autorización será valido por dos años desde el día en que sea firmado. En cualquier momento puedo solicitar por escrito, la cancelación de mi participación en dejar el programa. También entiendo que tengo derecho a solicitar por escrito una copia del expediente médico que guarda MCN. Por medio de la presente exonero a MCN, sus empleados, oficiales, directores, sucesores y asignados en todo cuanto refiere al seguimiento de esta autorización y en la actuacion y esfuerzo de buena fe para cumplir con los reglamentos federales de confidencialidad. **Este autorización será válida pos dos años (24 meses) a partir de la fecha firmada.**

Primer Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno (Apellido Soltera de la Madre)

Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)
__ __ / __ __ / __ __ __ __

_____ _____
Firma del Participante (o representante legal del participante) Fecha

Nombre y número de teléfono de clínica de inscripción

_____
Relación del representante legal con el participante

_____ _____
Firma del testigo Fecha

Código de acceso
(al frente de la tarjeta de inscripción)

Clave
(escogida por el participante, debe tener 4 números)

Pregunta de seguridad #1: Ciudad en que nació

Pregunta de seguridad #2: Primer nombre de su padre

Nuestros formularios son revisados anualmente. Favor de usar este formulario en el 2006.
Favor comuníquese con nosotros al 512-327-2017 con el fin de actualizar nuestros formularios después del 2006.