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

Autorizacão para a Inscrição e Entrega de Informação Médica

MCN Rede de Saúde

Eu, _____, estou informado/a sobre a Rede de Saude de MCN.
(Favor de escrever o nome do paciente)

A Rede de Saúde tem quatro projetos: Track II, TB*Net*, CAN-track, e Pré-Natal. Entendo que MCN não fornece nenhum tratamento ligado a esses programas citados acima. Eu concordo em participar nesse programa, e entendo que a informacão sobre minha saúde e pessoa é confidencial, e só estará á disposição e ser divulgada para o meu tratamento médico, assistência médica, pagos, ou segundo a minha autorização. **Eu concordo levar comigo o cartão de inscrição e/ou o guia médico portável e apresentá-lo(s) em toda Unidade de Saúde que tem convênio com a referida assistência médica.** Entendo que MCN têm no seu poder prontuários médicos que podem conter informação confidencial sobre a minha saúde (por exemplo: resultados de HIV e/ou informação sobre a minha saúde mental) no caso que meu médico considere que essa informação seja importante para dar continuidade ao meu tratamento médico. Portanto, eu concordo em me inscrever no(s) seguinte(s) projeto(s):

Favor marcar somente os programas referentes aos tratamentos que esta recebendo y quer ajuda adicional. Marcando esses espaços, você autoriza á MCN ter acceso ao seu prontuário médico relacionado aos projetos.

- ❑ Tuberculose (TB*Net*)
- ❑ Cáncer de Máma, Cervical ou do Cólo (CAN-track)
- ❑ Diabete (Track II)
- ❑ Gravidez (Pré-Natal)

Eu autorizo á MCN e aos (futuros) profissionais de saúde terem acesso aos meus prontuários médicos que o meu médico considere necessários para dar continuidade ao meu tratamento médico e/ou (outros) exames laboratoriais.

A pessoa autorizada de MCN pode fazer contato comigo por telefone, correios, ou pessoalmente em relação as condições de saúde e a continuidade do meu tratamento médico. Essa pessoa seguirá os procedimentos federais de privacidade. Esse documento de autorização será válido por dois anos a partir da data em que seja assinado. Em qualquer momento posso solicitar por escrito, o cancelamento da minha participação em deixar o programa. Também entendo que tenho o direito de solicitar por escrito uma copia do meu prontuário sob responsabilidade da MCN. Por este presente documento eu isento á MCN, os seus funcionários, oficiais, diretores, sucessores y responsáveis em tudo quanto se refere ao prosseguimento dessa autorização e na atuação y esforço de boa fé para cumprir com os regulamentos federais confidenciais. **Essa autorização será válida por dois anos (24 meses) a partir do dia assinado.**

Primeiro Nome

Sobrenome Paterno

Sobrenome Materno (sobrenome solteira da mãe)

Dia do Aniversário (Mes / Dia / Ano)
__ __ / __ __ / __ __ __ __

_____ _____
Assinatura do Participante (ou representante legal do participante) | Data

Nome e número de telefone do posto de saúde de inscrição

_____
Parentesco entre o representante legal e o participante

_____ _____
Assinatura da testemunha | Data

Código de acesso
(frente do cartão de inscrição)

Senha
(escolhida pelo participante, deve ter 4 números)

Pergunta de seguridade #1: Cidade em que nasceu

Pergunta de seguridade #2: Primeiro nome do seu pãe

Nossos formularios são revisados anualmente. Favor de usar esse formulario no 2006.
Favor de fazer contato com nos no 512-327-2017 com o fim de atualizar nossos formularios depois do ano 2006.