



REGISTRO DEL PACIENTE / PATIENT REGISTRATION

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

FECHA / DATE: _____

Nombre legal: Primer nombre / Legal Name: First _____ Inicial del segundo nombre / MI _____ Apellido / Last _____ Nombre preferido / Preferred Name: _____

Núm. de Seguro Social / SS# _____ Fecha de nacimiento / DOB: _____

Sexo legal / Legal Sex: M F

Dirección / Address: _____ N.º de departamento / Apt # _____ Ciudad / City _____ Estado / State _____ Código postal / Zip _____

Teléfono: En casa / Phone: Home _____ Trabajo / Work _____ Celular / Mobile _____

Correo electrónico / E-Mail _____ No tiene / No Email

Estado civil / Marital Status: Divorciado/a / Divorced Legalmente separado/a / Legally Separated Casado/a / Married Pareja / Significant Other Soltero/a / Single Viudo/a / Widowed

Necesita un intérprete / Need Interpreter: Sí / Yes No Idioma preferido / Preferred Language _____ Idioma escrito / Written Language _____

Raza / Race: Asiática / Asian Negra / Black Nativa americana / Native American Nativa de Hawaii o Islaña del Pacífico / Native Hawaiian/Pacific Islander Dos o más razas / Two or More Races Blanca / White

Origen étnico / Ethnicity: Hispano / Hispanic No hispano / Non-Hispanic

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)

Nombre del padre, madre o tutor legal / Parent/Legal Guardian Name _____ Fecha de nacimiento / DOB _____ Celular / Mobile _____

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Al seleccionar una de las casillas como el Método de comunicación de preferencia, acepto recibir comunicaciones y/o correspondencia de Texas Health.

Método de comunicación de preferencia / Preferred Communication Method: Sin preferencia / No Preference Correo postal / Mail Teléfono / Phone Correo electrónico / E-mail MyChart Acepto mensajes de texto / Accept Text Messages

¿Tiene alguna dificultad de comunicación o necesidades especiales? / Do you have any communication difficulties/ special needs? Sí / Yes No Discapacidad visual / Visually Impaired Sí / Yes No Discapacidad auditiva / Hearing Impaired Sí / Yes No Necesidades especiales / Special Needs Sí / Yes No

Si su respuesta es afirmativa, explique / If yes, please list: _____

Si desea recibir su información de salud por correo electrónico, la información se enviará mediante correos electrónicos cifrados a menos que usted expresamente indique lo contrario. Enviar información mediante un correo electrónico sin cifrar puede plantear cierto riesgo de que un tercero acceda a la información de salud contenida en el correo electrónico sin cifrar.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Médico de atención primaria / Primary Care Physician _____ No cuento con un médico de atención primaria / No Primary Care Physician

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre / Name _____ Rel. con el paciente / Rel to Patient _____ Teléfono de casa / Home Phone _____ Celular / Mobile _____

DATOS LABORALES

Nombre del empleador / Employer Name _____ Estado laboral / Employment Status: Discapacitado / Disabled Tiempo completo / Full Time Tiempo parcial / Part Time Jubilado / Retired Estudiante / Student Desempleado / Unemployed

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name _____
MRN _____

PARTE CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA – GARANTE

La misma que la información del paciente (Si es diferente, por favor complete la siguiente sección) / Same as Patient Information (If different, please complete section below)

Nombre legal: Primer nombre / Legal Name: First _____ Inicial del segundo nombre / MI _____ Apellido / Last _____ Fecha de nacimiento / DOB: _____
 Relación / Relationship: Cónyuge / Spouse _____ Padre / Father _____ Madre / Mother _____ Otra (especifique) / Other (Please Specify): _____
 Dirección / Address: _____ N.º de departamento / Apt # _____ Ciudad / City _____ Estado / State _____ Código postal / Zip _____
 Teléfono: En casa / Phone: Home _____ Trabajo / Work _____ Celular / Mobile _____
 Nombre del empleador / Employer Name _____ Estado laboral / Employment Status: Estudiante / Student Tiempo parcial / Part Time Tiempo completo / Full Time Jubilado / Retired Discapacitado / Disabled Desempleado / Unemployed

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

SEGURO PRIMARIO / PRIMARY INSURANCE N.º DE IDENTIFICACIÓN / ID # _____ N.º de grupo / Group # _____
 Nombre del suscriptor / Subscriber Name _____ Sexo / Sex: M F Relación del paciente con el suscriptor / Patient Relationship to Subscriber _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor / Subscriber's DOB _____ Empleador / Employer Tiempo parcial / Part Time Tiempo completo / Full Time Jubilado / Retired Discapacitado / Disabled Desempleado / Unemployed
SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE N.º DE IDENTIFICACIÓN / ID # _____ N.º de grupo / Group # _____
 Nombre del suscriptor / Subscriber Name _____ Sexo / Sex: M F Relación del paciente con el suscriptor / Patient Relationship to Subscriber _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor / Subscriber's DOB _____ Empleador / Employer Tiempo parcial / Part Time Tiempo completo / Full Time Jubilado / Retired Discapacitado / Disabled Desempleado / Unemployed

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

Familiar/amigo / Family/Friend Correo electrónico / Email Aviso en un periódico/revista / Newspaper / Magazine Ad Sitio web de la organización / Website Búsqueda en internet / Internet Search Comercial de televisión / Television Commercial Boletín informativo de una organización / Organization Newsletter
 Otro / Other _____ Derivación por parte de un médico / Referring Physician _____ Asesor / Coach _____ Entrenador / Trainee _____

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Certifico que toda la información aquí proporcionada está completa y es exacta. Por medio del presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular y a cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Texas Health Resources como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobro; dichos afiliados o agentes incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza.

Nombre del paciente o del tutor legal (en letra de imprenta) / Patient or Legal Guardian Printed Name _____
 Firma del paciente o del tutor legal / Patient or Legal Guardian Signature _____ Fecha / Date _____

Autorizo a los centros de Texas Health Resources, Texas Health Physicians Group y al Texas Health Urgent Care a utilizar mi información médica según lo descrito en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad para mi tratamiento médico continuo y a divulgar mi información médica a mis proveedores de atención médica mediante los Intercambios de Información de Salud (HIE) en los que participen los centros. Entiendo que mi información médica podría incluir información sobre enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), registros de tratamientos de salud mental, así como el diagnóstico o tratamientos de abuso de sustancias o alcohol, y autorizo la divulgación de dicha información como parte de mi historia clínica. Los proveedores intentarán excluir de la información de salud compartida con el HIE de Texas Health aquella acerca de la salud mental, así como aquella relacionada al abuso de sustancias, que se identifique claramente; sin embargo, cierta información podría ser incluida. La información utilizada o divulgada de conformidad con la presente autorización podría encontrarse sujeta a una nueva divulgación por parte del proveedor de atención médica/receptor sin contar con la protección mencionada. Un Intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) es una organización que supervisa y regula el intercambio de información relacionada con la salud entre organizaciones de acuerdo a estándares reconocidos a nivel nacional. Su información se almacenará en el sistema HIE, pero no podrá ser vista por los proveedores ni ser utilizada por los mismos a menos que usted acepte y firme este formulario.

Entiendo que el tratamiento o el pago no están condicionados a que yo firme la presente autorización. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo y en la medida en que se hayan tomado acciones como consecuencia de dicha autorización. Puedo presentar una solicitud de revocación al departamento de administración de información de salud (Departamento de historias clínicas) del centros de Texas Health Resources, Texas Health Physicians Group o al Texas Health Urgent Care para su procesamiento. La presente autorización permanecerá vigente indefinidamente, a menos que la revoque por escrito. Solo para pacientes de obstetricia: La presente autorización se emite también para el/los hijo(s) que nazcan durante mi internación.

El HIE no tiene la capacidad de gestionar las restricciones de la divulgación de su información de salud. Una restricción es una solicitud presentada por el paciente para que determinada información no sea divulgada a ciertas personas o empresas. Si la restricción es o fue aprobada por nosotros u otros proveedores de atención médica que participan en el HIE, entonces deberá optar por no participar en el HIE a fin de proteger su restricción. Esto debe hacerse con cada proveedor al que usted acuda y que participe en el HIE.

Autorizo / I authorize NO autorizo / I do NOT authorize

la divulgación de mi información médica al Intercambio de información de salud (HIE) en el que participen los centros:

Constancia de aceptación:

Yo, el/la infrascrito/a, certifico que he leído y comprendido por completo la información de este formulario de consentimiento para el intercambio de información de salud. Entiendo que si tuviera que cambiar cualquier información que haya proporcionado en este formulario, se lo notificaré de inmediato a un miembro del personal.

Firma/Signature _____ Nombre en letra de imprenta/Printed Name _____ Fecha/Date _____ Hora/Time _____

Si la persona que firma el presente formulario no es el/la paciente, indique el nombre completo, relación con el/la paciente, número de teléfono y dirección:

Nombre/Name _____ Relación/Relationship _____

Número de teléfono/Phone Number _____ Dirección/Address _____

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW



HIE



PATIENT IDENTIFICATION

CONSENT FOR HEALTH INFORMATION EXCHANGE

EXTHR402S (09/20)

Page 1 of 1

DIRECTRICES FINANCIERAS Y DE PAGO

Aviso: Nuestra oficina NO presenta reclamos de seguro de automóviles para visitas relacionadas con accidentes de vehículos motorizados.

- El pago debe efectuarse al momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguro. Si su compañía de seguros requiere una derivación, es responsabilidad del paciente (o garante) obtener la derivación antes de su cita.
- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a Texas Health por los servicios que me prestaron a mí o a mis dependientes.
- Se presentará al seguro el informe de los servicios prestados. Los cargos por servicios no cubiertos por el seguro serán la responsabilidad del paciente o su tutor. Comprendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si los servicios prestados son beneficios cubiertos o no.
- El paciente o tutor es responsable de notificarle a nuestra oficina cualquier cambio en los datos demográficos o en la información de facturación y seguro.
- Los cargos por servicios fuera de la red que no sean pagados por la compañía de seguros serán la responsabilidad del paciente o de su tutor.
- Texas Health o sus agentes autorizados ofrecerán información médica a la compañía de seguros según sea necesario para efectuar el pago de los reclamos por los servicios prestados.
- Por medio del presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular y a cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Texas Health Resources como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobro; dichos afiliados o agentes incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza.
- Entiendo que es posible que reciba una factura aparte si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiología u otros servicios de diagnóstico. Asimismo, entiendo que tengo la responsabilidad financiera por cualquier copago, deducible o coseguro adeudado por estos servicios en caso de que mi seguro no los reembolse por cualquier motivo.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

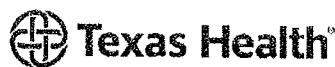
- Texas Health tiene el compromiso de proteger la privacidad de su información de salud. Ponemos a su disposición una copia de nuestro Aviso de declaración de prácticas de privacidad.
- Autorizo la divulgación de todas mis historias clínicas a especialistas y/o médicos de consulta, en caso de ser aplicable a mi atención y condición.
- Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social, Administración de Financiamiento de Atención Médica, sus intermediarios, sus portadores o cualquier otra aseguradora, para que se procese este o cualquier otro reclamo relacionado. Permiso que se utilice una copia de esta autorización en lugar del documento original y autorizo que se solicite el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificarle al proveedor de atención médica sobre cualquier parte que pueda ser responsable del pago de mi tratamiento.
- Además, autorizo y solicito que los pagos del seguro se dirijan a Texas Health.

He leído, he entendido completamente y acepto las anteriores disposiciones relacionadas con las **directrices financieras y de pago, la divulgación de información y la asignación de beneficios, y las prácticas de privacidad.**

Nombre del/de la paciente
(en letra de imprenta) / *Patient Printed Name* _____ Fecha de nacimiento / *DOB*: _____
Firma del/de la paciente / *Patient Signature* _____ Fecha / *Date* _____
Nombre del padre/tutor legal
(en letra de imprenta) / *Parent/Legal Guardian Printed Name* _____
Firma del padre/tutor legal / *Parent/Legal Guardian Signature* _____ Fecha / *Date* _____

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW

THPGPAYPRIACK



Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

THPGPAYPRIACK

Payment and Privacy Acknowledgement

Page 1 of 1 (Revised 09/20)

TLC 11/20 THR.LAS_SPANISH

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN MÉDICA /
AUTHORIZATION FOR VERBAL RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO OTHERS**

Información del paciente

Nombre legal: Primer nombre / *Legal Name: First* _____ Inicial del segundo nombre / *MI* _____ Apellido / *Last* _____
 Fecha de nacimiento / *DOB:* _____
 Dirección / *Address:* _____ N.º de departamento / *Apt #* _____ Ciudad / *City* _____ Estado / *State* _____ Código postal / *Zip* _____
 Teléfono: Casa / *Phone: Home* _____ Trabajo / *Work* _____
 Celular / *Mobile* _____

Autorizo la divulgación de información a los siguientes individuos.

Fecha de entrada en vigencia / *Effective Date* _____
 Nombre / *Name* _____ Relación con el Paciente / *Relationship to Patient* _____
 Teléfono de casa / *Home Phone* _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / *May We Leave a Message?* S / Y N
 Celular / *Mobile* _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / *May We Leave a Message?* S / Y N

Pueden divulgar la información relacionada con los siguientes servicios a la persona antes mencionada *You may release the information regarding the following services to the person named above* Citas / *Appointments* Facturación / *Billing* Atención médica / *Medical Care*

Nombre / *Name* _____ Relación con el Paciente / *Relationship to Patient* _____
 Teléfono de casa / *Home Phone* _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / *May We Leave a Message?* S / Y N
 Celular / *Mobile* _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / *May We Leave a Message?* S / Y N

Pueden divulgar la información relacionada con los siguientes servicios a la persona antes mencionada *You may release the information regarding the following services to the person named above* Citas / *Appointments* Facturación / *Billing* Atención médica / *Medical Care*

Autorizo a Texas Health y a sus representantes a discutir o divulgar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, información de facturación y/o atención médica a los contactos adicionales antes mencionados. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo mismo proporcione una notificación por escrito a Texas Health sobre cambios o actualizaciones.

He leído, he comprendido por completo y estoy de acuerdo con la divulgación de información médica a otras personas según lo indicado en los párrafos anteriores.

Nombre del/de la paciente (en letra de imprenta) / *Patient Printed Name* _____
 Firma del/de la paciente / *Patient Signature* _____ Fecha / *Date* _____

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW

THPGAUTHOTH  **Texas Health** Patient Name: _____
 THPGAUTHOTH DOB: _____
 MRN: _____

Authorization to Verbally Release Information - Others



Consentimiento para recibir atención médica /
Consent to Treat

Autorizo a los empleados y agentes de Texas Health (incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados y miembros del personal) a llevar a cabo evaluaciones médicas y a proporcionar atención médica al paciente indicado a continuación. Entiendo que se podrían tomar fotografías o videos en relación al tratamiento del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta que este sea revocado por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica salvo en caso de emergencia.

Fecha de hoy /
Today's Date: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta /
Print Patient's Name: _____

Fecha de nacimiento del paciente /
Patient Date of Birth: _____

Tutor legal (si corresponde) /
Legal Guardian (if different than patient) _____

Firma del paciente o del tutor legal /
Patient or Legal Guardian Signature _____

**Autorización para el tratamiento de un menor de edad / Authorization to Treat a Minor
(De 0 a 18 años de edad / Ages 0-18th Birthday)**

Nombre legal del/de la paciente: Primer Inicial del Apellido /
nombre / Patient's Legal Name: First segundo nombre / MI Last _____
Fecha de nacimiento del/de la paciente / Patient's DOB: _____

Si hubiera circunstancias en las que no pudiera llevar a mi hijo/hija al consultorio para su evaluación y tratamiento, doy mi permiso y autorización a las siguientes personas (mayores de 18 años) para que obtengan atención médica para mi hijo/hija. También autorizo a los proveedores de Texas Health a discutir o divulgar información sobre cualquier asunto referente a las citas, información de seguro, resultados de análisis o atención médica de mi hijo/a a las personas nombradas a continuación. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo mismo proporcione una notificación por escrito a Texas Health sobre cambios o actualizaciones. Autorizo a los proveedores de Texas Health a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a citas, seguro médico, información de facturación, resultados de análisis y/o atención médica de mi hijo/a a los contactos adicionales a continuación.

Nombre / Relación /
Name Relationship _____
Teléfono /
Phone _____

Nombre / Relación /
Name Relationship _____
Teléfono /
Phone _____

Nombre del padre/tutor legal
(en letra de imprenta) / Parent/Legal Guardian Printed Name _____
Teléfono celular /
Mobile Phone _____

Firma del padre/tutor legal / Fecha /
Parent/Legal Guardian Signature Date _____

Nombre del paciente / Patient Name: _____ FECHA DE NACIMIENTO / DOB: _____

**Consentimiento para la Atención y el Tratamiento a través de Servicios de Telemedicina/Visita Virtual /
Consent for Telehealth Services/Virtual Visit Care and Treatment**

Consentimiento general: Doy mi consentimiento para que el Paciente (que puede ser definido como yo mismo, mi hijo o una persona de quien yo sea legalmente responsable) reciba atención y tratamiento en un centro, entidad o programa de Texas Health (en conjunto, "Texas Health") a través de Servicios de Telemedicina (también llamados Visita Virtual o Telemedicina). Los Servicios de Telemedicina pueden ser brindados por médicos, proveedores de práctica avanzada y otros proveedores de atención médica empleados o contratados por Texas Health ("Proveedores de Telemedicina") o afiliados a dicha organización, y pueden incluir la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de la afección médica o problema de salud del paciente a través de tecnología avanzada de telecomunicaciones. Entiendo que podrían tomarse fotos o videos del Paciente en conexión con los Servicios de Telemedicina y para fines operativos, de mejoramiento de la calidad, de investigación y educativos. Entiendo que Texas Health puede ser un centro de enseñanza y estoy de acuerdo con que los residentes, miembros, estudiantes y otros individuos aprobados puedan observar y participar en los Servicios de Telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que los Servicios de Telemedicina incluyen audio, video u otros medios electrónicos interactivos y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento a través de la Telemedicina. Los Proveedores de Telemedicina (i) pueden estar en un lugar distinto al lugar donde se encuentra el Paciente, (ii) examinarán al Paciente en persona a través de una presencia a distancia pero no llevarán a cabo un examen físico "activo" (es decir, con contacto), y (iii) deben basarse en la información proporcionada por el Paciente. Entiendo además que los Servicios de Telemedicina podrían ser limitados o no estar disponibles como resultado de fallas en los equipos o en la tecnología, datos incompletos o imprecisos para poder llevar a cabo los Servicios de Telemedicina, o distorsiones de las imágenes u otra información como resultado de las transmisiones electrónicas. Soy consciente de que los Proveedores de Telemedicina no serán responsables por los consejos, las recomendaciones y/o las decisiones que se basen en factores que escapen de su control, tales como datos incompletos o imprecisos proporcionados por el Paciente u otras personas o distorsiones de imágenes de diagnóstico o de especímenes que podrían resultar de la transmisión electrónica.

Si los Proveedores de Telemedicina determinan que los Servicios de Telemedicina no abordan adecuadamente las necesidades médicas del Paciente, el Paciente será referido a una evaluación médica presencial. Si la condición del paciente es urgente o de emergencia, o si la sesión de Telemedicina se interrumpe debido a una falla tecnológica o de los equipos, estoy de acuerdo con que el Paciente obtendrá atención y tratamiento de seguimiento según sea necesario.

Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente al evitar la divulgación no autorizada; sin embargo, entiendo y soy consciente de que la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse, y que la confidencialidad podría verse comprometida en caso de manipulación ilegal o inadecuada.

Proveedores independientes: Los Proveedores de Telemedicina son médicos o proveedores independientes que trabajan para Texas Health.

Ninguna garantía: Reconozco que no he recibido garantía alguna con respecto al tratamiento o los servicios brindados en Texas Health.

Notificación de quejas: Puede llamar al 877-847-9355 para presentar una queja a Texas Health. Puede presentar una queja sobre un médico Proveedor de Telemedicina para que se lleve a cabo una investigación a la siguiente dirección: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018, o llamando al 1-800-201-9353, o ingresando a su sitio web: www.tmb.state.tx.us.

Mensajes de texto, mensajes de voz y mensajes automáticos: Autorizo a Texas Health a comunicarse conmigo por mensaje de texto o a través de llamadas de voz o automáticas al número de teléfono celular que yo proporcione. Soy consciente de que se aplicarán las tarifas y los cargos estándar, de que no está garantizada la completa seguridad en lo que respecta a las redes telefónicas, y de que debo proteger mi teléfono con una clave o PIN para evitar el acceso no autorizado. Entiendo que no podré utilizar mensajes de texto ni mensajes automáticos para notificarle las necesidades de atención médica del Paciente a Texas Health.

Duración del consentimiento: Entiendo y estoy de acuerdo con que este Consentimiento para la Atención y el Tratamiento a través de Servicios de Telemedicina es válido para todos los Servicios de Telemedicina/Visita Virtual, para la presente visita y para futuras visitas hasta un año después de la fecha de la firma a continuación, a menos que yo mismo revoque el consentimiento antes de dicha fecha.

He leído y entendido la información contenida en este formulario de Consentimiento para la Atención y el Tratamiento a través de Servicios de Telemedicina/Visita Virtual, y entiendo que no recibiré tratamiento si opto por no firmar este Consentimiento.

Firma del paciente/Padre o Representante legalmente autorizado* / Signature of
Patient/Parent or Legally Authorized Representative*

Fecha y hora / Date/Time

Nombre del paciente/Padre o Representante legalmente autorizado en letra de imprenta
/ Printed Name of Patient/Parent or Legally Authorized Representative

Relación con el Paciente / Relationship to Patient

*El Padre o Representante legalmente autorizado debe firmar si el Paciente es menor de 18 años.

** El Testigo debe ser un adulto mayor de dieciocho (18) años en pleno uso de sus facultades mentales y que no participe en el tratamiento médico.

HOSPITAL NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW



TELEVVC



PATIENT IDENTIFICATION

**General Consent for Telehealth Services
Virtual Visit and Acknowledgements**