



COMMUNITY HEALTH CARE, INC: CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ADULTO

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Expediente \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, les doy permiso a los médicos y al personal de Community Health Care, Inc. a la evaluación y tratamiento de las necesidades para mi salud. Este permiso incluye autorización para un diagnóstico completo; fotografías que sean necesarias para tratamiento médico o procedimientos, vacunas, o cualquiera otro tratamiento ordenado por los proveedores de Community Health Care, Inc.

- He recibido una copia de la Ley del Paciente y Sus Derechos y Responsabilidades, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto.
• He recibido una copia de Aviso de Practicas de Privacidad. Puedo obtener más copias de esta ley cuando yo las pida.
• Después de la visita yo recibiré un plan de visita por escrito. No seremos legalmente responsables por la privacidad de su información si usted la deja o si la pierde.

Yo doy mi consentimiento a Community Helth Care para dejar información detallada en mensajes correo de voz. Esto puede incluir los resultados de laboratorio, resultados de pruebas, Formulario/o registros de información, e información sobre medicamentos. ESTO NO INCLUYE salud mental, abuso de sustancias, enfermedades transmitidas sexualmente, pruebas genéticas, e información sobre el VIH. Tendremos que hablar directamente con usted acerca de este tipo de información.

Es su responsabilidad de asegurar que tengamos su número de teléfono más corriente en el registro.

Por favor, marque su elección para participar en recibir Detallados mensajes de correo de voz

- Si
 No

- Yo sé que necesito llenar este formulario de nuevo si hay algún cambio. Este consentimiento será válido hasta que yo le diga a CHC que pueden cancelarlo.

(Firma del Paciente/Representante Legal)

(Fecha de Hoy)

(Testigo)

(Fecha de Hoy)

(Favor de dar la vuelta a la página)

## COMUNICACIÓN CON FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU CUIDADO MÉDICO

Paciente _____	Fecha de Nacimiento _____	Número de Expediente _____

Favor de poner nombres de cualquier miembro de familia u otras personas involucradas en su cuidado médico o los pagos de su cuenta. También, indique que tipo de información que podamos compartir con estas personas.

NOMBRE:	PARENTESCO AL PACIENTE:	TYPE OF INFORMATION						
		Todo	Programar Citas	Información Médica	Cobros/ Aseguranza	Dental	SIDA	Recetas
_____		<input type="checkbox"/>						
_____		<input type="checkbox"/>						
_____		<input type="checkbox"/>						
_____		<input type="checkbox"/>						

Instrucciones Específicas o Limitaciones: \_\_\_\_\_

**Nosotros continuaremos usando esta información cuando nos comuniquemos con sus familiares u otras personas involucradas en su cuidado médico hasta que usted haga cambios. Para nosotros poder cambiar su información, necesitaremos que usted llene un nuevo formulario.**

**Yo doy a Community Health Care mi consentimiento para que me mande recordatorios de mi cita a través de mensajes de texto con la dirección, fecha y la hora de mi cita. CHC continuara mandándome recordatorios de citas de esta manera hasta que yo pida que estos paren. Tarifas por mensajes y datos pueden ser aplicados.**

**Si**                      **Numero de Celular:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Imprimir el Nombre del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente/Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Hoy)