Nombre de Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado:\_\_\_\_\_

Para dar consentimiento que su estudiante reciba servicios por el centro de salud de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*], incluyendo tratamiento de primer auxilio, por favor llene este formulario y regréselo al centro de salud de la escuela de su hijo(a). Información sobre términos y condiciones se encuentran al fin de esta página y en el Centro de Salud.

1. Como padre o guardián legal, he sido informado de los servicios ofrecidos por [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] y entiendo que estos servicios de salud son rutinarios y que el tratamiento se limita a:

**Servicios Medicos**

* Diagnóstico y tratamiento de primer auxilio para lesiones menores y enfermedades menores y agudas
* Físicos (deportivos o para Empleo)
* Servicios de laboratorio
* Exámenes de vision y audición
* Vacunas
* Recetas y medicamentos sin receta
* Diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual
* Pruebas de embarazo, receta de métodos anticonceptivos, y la referencia para cuidado prenatal
* Servicios de nutrición (evaluación y educación nutricional)
* Educación sobre temas de la salud relacionados a las drogas y el alcohol, el abuso físico o sexual, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH, la prevención del embarazo, el suicidio, el dolor y la perdida, la sexualidad, la escuela, la familia y el bienestar de la salud

**Servicios Dentales**

* Barniz de flúor
* Exámenes dentales, procedimientos diagnósticos, y tratamiento (Rayos X y fotografías)
* El uso de anestesia local
* Yo entiendo que existe la posibilidad de una reacción alérgica, o dolor muscular debido al anestesia local

**Servicios del Bienestar**

* Terapia individual o en grupo relacionado a temas de las drogas y el alcohol, abuso físico o sexual, suicidio, la perdida, la sexualidad, la escuela, relaciones familiares y la salud mental en general

1. Yo he anotado abajo los servicios que YO NO QUIERO que mi hijo(a) reciba en el Centro De Salud Escolar:

Sin embargo, entiendo que la Ley Estatal de California permite los siguientes servicios a un menor que haya cumplido 12 años de edad, con o sin consentimiento de los padres:

* Diagnóstico y tratamiento de enferm edades de transmisión sexual
* Prue bas de embarazo, métodos antico nceptivos y la referencia para cuidado prenatal
* Consejería de crisis de salud mental
* Consejería del abuso de alco hol y sustancias controladas

1. Entiendo que mi consentimiento cubre únicamente los servicios prestados en los Centros de Salud Escolar de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] y no autoriza los servicios ofrecidos por otras agencias o organizaciones públicas o privadas.
2. Yo autorizo al personal del [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] que intercambiar información sobre el tratamiento recibido con otros proveedores médicos o/y con otros socios dentro de su distrito en acuerdo con la práctica médica y lo que es permitido legalmente.
3. Entiendo que ningún estudiante se le cobrara por los servicios en el Centro de Salud. Sin embargo, para cubrir los gastos médicos es póliza del centro de salud a mandar una fracción a fuentes como Medi-Cal o Family Pact. Los estudiantes pueden ser solicitado para registrarse en Medi-Cal. Los ingresos familiares usualmente no es factor para determinar la elegibilidad. La elegibilidad dependerá en el tipo de servicios que utilizan los estudiantes. El Centro de Salud puede ser requerido dar información relativa al tratamiento a las compañías de seguros, tales como Medi-Cal o Family Pact con el propósito de la fractura.
4. Toda la información entre su hijo /guardián y el personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] es estrictamente confidencial al menos que (1) usted autoriza la entrega de información, (2) la divulgación es permitida por una orden judicial, (3) el estudiante presenta un peligro físico para él mismo o a otros, o (4) se sospecha abuso a niños o ancianos. En los casos de posible abuso o negligencia, personal de El Centro de Salud está obligado por ley a informar a las autoridades correspondientes para que las medidas de protección se puedan tomar. Si su estudiante o miembro familiar está recibiendo servicios a través de más de un solo personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*], la información pertinente puede ser compartida entre personal para poder coordinar servicios. El personal debe discutir con usted este tipo de conversaciones y su relevancia..
5. Con el fin de mejorar nuestros servicios, estamos participando en una evaluación de los centros de salud escolares en nuestro condado que realiza la Universidad de California en San Francisco (UCSF). Como parte de esta evaluación, obtenemos información sobre las personas que usan nuestros servicios y compartimos esta información con UCSF en forma confidencial. UCSF jamás compartirá el nombre de su hijo/el menor a su cargo ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo en ningún informe de evaluación.
6. Yo autorizo al Distrito Escolar Unificado de Oakland, San Leandro o Alameda para conceder a [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*], el proveedor medico en la escuela de mi hijo(a) la autorización de revisar los expedientes de mi estudiante. [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] se compromete a no revelar los expedientes de alumnos a cualquier otra persona o entidad sin obtener mi permiso por escrito.

Todos los participantes son aceptados en el programa sobre una base no discriminatoria, y tienen acceso a servicios con igualdad en tratamiento sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, nación de origen o ascendencia. Sus derechos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

* Servicios que son corteses, digno y confiable.
* Un ambiente seguro y cómodo.
* Ser informado por [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] de las leyes relativas a las quejas y los procedimientos para presentar denuncias, incluyendo pero no limitado a la dirección y número de teléfono de la persona apropiada.
* A discontinuar servicios.

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIóN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | |
| Apellido Completo (Jr., Sr., III) | | Primer Nombre: | | | | | | | Segundo Nombre: | | |
| Domicilio: | | Ciudad: | | | | Estado: | | | | Código Postal: | |
| Número del Seguro Social: | Fecha de Nacimiento: | | | | Genero al nacer:  r Hombre r Mujer | | | | Apellido de mama: | | |
| **¿Idioma Preferido?** | **¿Estado Civil?** | | | | **¿Es estudiante?** | | | | **¿Es veterano?** | | |
| ¿Barrera del idioma? r Sí r No  ¿Discapacidad auditiva? r Sí r No | r Casado r Viudo  r Soltero r Divorciado  r Pareja Domestica | | | | r No r Sí - Sí los es:  r Tiempo Completo  r Medio Tiempo | | | | r No r Sí | | |
| **Preferencia para ser contactado (marque solamente uno)** | | | | | | | | | | | |
| r Teléfono de casa  *Se puede dejar mensaje confidencial* r Sí r No | | | | r Teléfono celular  *Se puede dejar mensaje confidencial* r Sí r No | | | | | r No llame | | |
| **Teléfono de casa:** | | | **Teléfono celular:** | | | | | **Teléfono Alternativo: Tipo:** | | | |
|  | | |  | | | | | *Confidential Msg OK?*  r Sí r No | | | |
| **Correo electrónico:** | | | | | | | | | | | |
| *¿Es este un correo electrónico personal, donde puede recibir información de salud privado?* r Sí r No | | | | | | | | | | | |
| **¿Vive usted actualmente  en vivienda pública?** | | | **¿Está sin hogar?** | | | | | **¿Es usted un trabajador campesino?** | | | |
| r No r Sí - Sí lo es: (marque uno)  r Hogar Publico  r Sección 8  r Otros | | | r No r Sí - Sí lo es: (marque uno)  r Refugio r Calle r SRO  r Viviendo con un familiar/amigo/amiga  r Programa de transición  Nombre del programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | r No r Sí - Sí lo es: (marque uno)  r Regular  r Temporal | | | |
| **Etnicidad:** | | | **Self-Identified Race:** | | | | | | | | |
| r Hispano/Latino  r No-Hispano/Latino  r Desconocida | | | r Americano u originario de Alaska r Oriente Medio o No Africano  r Asiático r Originario de Hawái u otras Islas del Pacifico  r Negro o Afro Américano r Más de una raza  r Latino o Hispano r Densconocida/Otra Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **INFORMACION DE SEGURO MEDICO DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene usted **MEDI-CAL**?  r No r Sí - Sí lo es:  ¿Cual es el Número? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(example: 123456789F)* | | | ¿Alguna vez se a inscrito en el programa de **Health Pac**?  r No r Sí - Sí lo es:  ¿Cual es el Número? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | ¿Alguna vez se a inscrito en el programa de **HEALTHY SF**?  r No r Sí - Sí lo es:  ¿Cual es el Número? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Nombre del Seguro médico: | | | Numero de Grupo/Póliza: | | | | | Teléfono del Seguro Médico: | | | |
| Nombre de Persona principal de la póliza: | | | Fecha de Nacimiento: | | | | Número del Social: | | | | Relación con el Paciente: |
| **PERSONA RESPONSABLE (marque uno)** r **Usted mismo**  r **Padres**  r **Tutor** | | | | | | | | | | | |
| Nombre Completo-Nombre y Apellido: | | | Fecha de Nacimiento: | | | | Número del Social: | | | | Relación con el Paciente: |
| Dirección de la Persona Responsable | | | | | | | Ciudad: | | | | Estado/Código Postal: |
| Fuente de Ingreso: | | | Número de Miembros en la Familia: | | | | Ingreso Mensual: | | | | Teléfono: |
| Nombre de Empleador y Dirección: | | | Ciudad: | | | | Estado/Código Postal: | | | | Teléfono del Empleador: |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA O SEGUNDO PADRE** | | | | | | | | | | | |
| Nombre, Dirección, Ciudad, Código postal: | | | Relación con el Paciente: | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | Número de teléfono: |
| ¿Está bien que la clínica envie correo con respecto a su atención médica a la dirección de contacto de emergencia en un intento de comunicarse con usted? r No r Sí | | | | | | | | | | | |

[*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] sigue las reglas y regulaciones establecidas por los Servicios de Salud Indígena (IHS) y el Estado de California. **Los pacientes son financieramente responsable de todos los servicios médicos y dentales brindados en [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*], Ya que [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] no es una clínica gratuita. Los servicios de consejería son gratuitos en el Community Wellness Department.**

Yo Solicito a [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] que me brinde a mí y / o mi familia con servicios de cuidado médicos. Estoy de acuerdo en pagar por tratam ientos y servicios ofrecidos por ello. NAHC puede dar a conocer información de cobros a terceras partes apropiadas (por ejemplo, compañías de seguro Médicos, El Condado de Alameda) para obtener pagos Yo Entiendo que mi proveedor de seguros puede pagar menos que el monto actual del cobro , y estoy de acuerdo en ser responsable de los servicios no cubierto por mi seguro . Yo Entiendo que [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] se reserva el derecho de cobrarme por 100% de los cobros. Si fallo en proveer pruebas de mi elegibilidad para el programa de asistencia financiera. Yo Entiendo que mi tratamiento puede ser realizado por un estudiante / residente y tengo el derecho a solicitar no ser visto por un estudiante / residente.

[*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] rechazara dar tratamiento a personas bajo la influencia de drogas o alcohol. Los pacientes Deben llamar con un plazo de 48 horas de anticipación para reprogramar su cita médica. Si el paciente no se presenta a su cita tres veces consecutivas, todas sus citas médicas futuras serán, canceladas y solo será visto en caso de emergencia. **Yo estoy de acuerdo que La información en Este formulario es correcta. Yo estoy de acuerdo en cumplir las políticas [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*], y entiendo los términos explicados en Este formulario.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente/Padres/Tutores Parte responsble Fecha

*Describe como su información médica puede ser usada y compartida, y como usted puede tener acceso a ella.*

*Por favor leer con mucho cuidado.*

**Nuestro compromiso con respecto a su información de salud:**

Nosotros entendemos que su información de salud y su salud son privadas. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Creamos un archivo de su cuidado y servicios que usted recibe en el centro de salud. Necesitamos este archivo para brindarle cuidado de calidad y para cumplir con requisitos legales. Esta notificación aplica a todo los archivos sobre usted que ha sido generado por el centro de salud y que fue hecho por su doctor u otro personal. Esta notificación le explica las formas en que su información médica puede ser usada o compartida. También le describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto a la divulgación de su información médica.

**Como podemos usar y compartir su información de salud:**

Podemos utilizar su información de salud para proveerle tratamiento médico adecuado y para organizar y coordinar su cuidado de salud; para obtener pagos por nuestros servicios; y para llevar a cabo nuestras operaciones, incluyendo control de calidad, recaudación de fondos y para fines gerenciales y administrativos. Podemos compartir su información para una variedad de propósitos de interés público de manera en que la ley lo requiera y permita. Obtendremos su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud para otros propósitos. Hay circunstancias en las que su información de salud no será compartida a menos que usted nos de su permiso primero, tales como cuando recibe servicios en una agencia que trata abuso de substancias.

**Sus Derechos de la Información de Salud:**

Usted tiene derecho a revisar, copiar y /o corregir su información de salud. Usted también tiene derecho a saber con quienes hemos compartido su información médica. Tiene derecho a pedir restricciones para difundir su información de salud con otros. Tiene derecho a confidencialidad en las comunicaciones sobre su tratamiento o servicios.

**Quienes deben seguir estas directivas:**

Aquí se describe las prácticas del Centro de Salud y otros:

* Cualquier profesional de salud autorizado que mire o ingrese información en su archivo médico.
* Todos los edificios, departamentos y unidades del Centro de Salud.
* Todos los empleados, personal, consultores, voluntarios del Centro de Salud.

**La ley nos exige lo siguiente:**

* Asegurarnos que su información médica se mantenga privada.
* Entregarle estas directivas de nuestro deber legal y prácticas de privacidad.
* Seguir las condiciones de estas prácticas que están en efecto

**Si usted cree que su derecho a privacidad NO ha sido cumplido**, usted puede presentar una queja al Department of Health and Human Services de los Estados Unidos, o al Director de Recursos Humanos /Oficial encargado de la privacidad del Centro de Salud. Envie su queja por escrito al 2950 International Blvd, Oakland, CA 94601 o por teléfono al (510)747-3030.

*Este es un resumen previo a la revisión completa del Aviso de Prácticas de Privacidad (Adjunto).*

*Usted puede revisar este Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestro sitio web:* [*HEALTH CENTER WEBSITE ADDRESS*]

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practica de Privacidad de [*HEALTH CENTER NAME*].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido Firma Fecha

Consentimiento para servicios: Como se menciono en la primera página de este paquete, su firma en este formulario da permiso voluntario de recibir servicios de salud mental, dental y/o medica en [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] como su proveedor de salud. Si usted es usted es un representante legal de un beneficiario, su firma nos da el permiso de parte de su beneficiario.

Materiales informativos: Su firma también significa que los materiales/información a continuación enlistada fueron discutidos con usted de una forma y lenguaje comprensible por usted y que se le entrego el Paquete de Material de información para el paciente para su registro. Usted puede pedir una explicación y/o copias de este material otra vez, en cualquier momento:

* Contrato de Afiliación/ Autorización para tratamiento
* Derecho y Responsabilidades de los Pacientes r Afiliación Tribal
* Autorización para seguimiento medico r Aviso de Practicas de Privacidad
* Declaración de Voluntad Anticipada r Procedimiento de sugerencias y quejas del paciente

**Al marcar la caja y posteriormente firmar, Yo estoy de acuerdo y acepto lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ Yo doy mi autorización para recibir tratamiento en [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*].

\_\_\_\_\_ Yo estoy de acuerdo en participar activamente en los tratamientos que [NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR] entabla mediante el acuerdo de membresía.

\_\_\_\_\_ Yo Entiendo que mi participación en los servicios es voluntaria.

\_\_\_\_\_ Yo Autorizo a recibir seguimiento medico.

\_\_\_\_\_ Yo ha ofrecido inscribirme al Portal Del Miembro de [NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR]. Yo entiendo que yo puedo dar mi consentimiento verbal para inscribirme en cualquier momento que yo decida. Yo debo proveer un correo electrónico privado y confidencial, donde yo pueda recibir información protegida sobre mi salud en orden para calificar en mi inscripción. Yo he recibido y reconozco las condiciones y termos del Portal Del Miembro que está incluido en el paquete de Material de Información para Pacientes.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que mi información de salud es confidencial.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que soy responsable financieramente de todos los servicios que reciba y que NAHC va a tratar de cobrar a mi seguro médico para comodidad mia.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que es mi responsabilidad mi asignación de cuidado de Medi-Cal para [NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR] para tener acceso a cuidados primarios. Yo pediré pagos de beneficios autorizados por Medicare para mí o a mi nombre por cualquier servicio recibido por mí en NAHC. Yo autorizo a cualquier persona que tenga información médica u otro tipo de información a compartirla con Medicare y sus agentes para determinar si estos beneficios son aplicables a mí.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que mi información de salud puede ser necesaria compartirla por seguridad, tratamiento, pagos, a nivel operacional, cobros o razones legales. Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de [NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR].

\_\_\_\_\_ En caso de mi muerte, yo doy mi consentimiento para que [NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR] pueda compartir información con la comunidad para mi funeral o servicios fúnebres.

\_\_\_\_\_ Yo quiero suscribirme a el boletín de noticias via correo electrónico de NAHC. Yo entiendo que esto es voluntario y que puedo en cualquier momento decidir ya no estar inscrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre complete Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/guardián Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del personal Firma Fecha

Queridos Miembros,

[*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] es parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye participantes en OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como socio comercial del [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*]. OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados. [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las derivaciones de pacientes internos y externos.

[*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para tratamiento médico o para fines de operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Reglas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las Reglas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

\_\_\_\_\_ Con enviar electrónicamente es un reconocimiento de consentimiento en lugar de la firma en persona.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del miembro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma / Padre / Tutor Fecha

Doy mi consentimiento para lo siguiente relacionado con visitas telefónicas y visitas de video:

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica estará en una ubicación diferente a la mía. Me conectaré a la visita desde un espacio privado por teléfono o teléfono celular.
2. Se me informará si es necesario debe estar presente algún personal adicional que no sea yo, las personas que me acompañan y el proveedor de atención médica. Daré mi permiso verbal antes de la entrada del personal adicional.
3. Entiendo que tengo la opción de rechazar el servicio de salud por teléfono / video en cualquier momento sin afectar el derecho a atención o tratamiento futuro y sin riesgo de perder beneficios.
4. Entiendo si no elijo participar en una cita telefónica o por video, no se tomarán medidas en mi contra que causen un retraso en mi atención y que aún pueda continuar con las visitas en persona.
5. Las visitas por teléfono y video tienen sus limitaciones. No hay garantía de que este tipo de visita no elimine la necesidad de ver a un proveedor en persona.

\_\_\_\_\_ Con enviar electrónicamente es un reconocimiento de consentimiento en lugar de la firma en persona.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de miembro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma / Padre / Tutor Fecha