

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_  
 Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular (línea fija): \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Mujer  Hombre  Mujer transgénero a hombre  Hombre transgénero a mujer  Genderqueer  Elige no especificar  
 Categoría de género adicional no incluida en la lista \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano/nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico  Negro/afroamericano  Blanco  
 Hispano  Elige no especificar  Otro que no figura en la lista \_\_\_\_\_

Etnia:  Hispano o latino  No hispano o latino  Elige no especificar

Idioma preferido:  Inglés  Español  Lenguaje de señas  Japonés  Mandarín  Coreano  Francés  Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.

Swahili  Ruso  Árabe  Vietnamita  Criollo haitiano  Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata  Albanés

Bimano  Tagalo  Farsi-Irani/Persa  Portugués  Camboyano  Otros que no figuran en la lista \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del paciente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable:  Otro paciente  Garante  El paciente mismo  Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: DD \_\_\_/MM \_\_\_/AAAA \_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO:** Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

### INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Tiene un testamento en vida?  Sí  No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: \_\_\_\_\_  Tutor

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

· Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Razón de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez fumó?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo dejó de hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Consume alcohol?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Consume o ha consumido lo siguiente en los últimos tres meses?  Marihuana  Cocaína  Heroína  Crack  Metanfetaminas

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí o No (En caso afirmativo, enumere).

Medicamentos actuales	Dosis

Cirugía previa	Fecha

¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes afecciones? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Asma Problemas estomacales Problemas de la vejiga Ictericia Gota

Alcoholismo Enfermedad renal Próstata Enfermedad de la piel Artrosis ACV Ataques de epilepsia Depresión-ansiedad Tiroides Coágulos de sangre

Hipertensión arterial Tuberculosis Diabetes Cáncer Enfermedad pulmonar Enfermedad cardíaca Trastorno psiquiátrico

¿Alguna de estas afecciones es un rasgo de familia? Marque con un círculo todo lo que corresponda: Alcoholismo Artrosis ACV Coágulos de sangre Diabetes Trastorno psiquiátrico Enfermedad cardíaca

**Información del médico de atención primaria:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Información de la farmacia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**¿Cómo supo de nosotros? Marque con un círculo lo que corresponda:**

Sitio web      Familiar/amigo      Búsqueda en Internet

Ex paciente o paciente actual (proporcione su nombre para que podamos agradecersele) \_\_\_\_\_

Médico (especifique): \_\_\_\_\_

Otro centro sanitario (especifique): \_\_\_\_\_

Red de seguro (especifique): \_\_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

WFPN, LLC

Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)
---	--	----------------------------------	--

### Aviso de prácticas de privacidad/clínicas / Notice of Privacy Practice/clinics

\_\_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

**Patient/Representative Initials)** I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practice, which describes the ways in which the practice/clinic may use and disclose my healthcare information for its treatment, payment, healthcare operations and other described and permitted uses and disclosures, I understand that I may contact the Privacy Officer designated on the notice if I have a question or complaint. I understand that this information may be disclosed electronically by the Provider and/or the Provider's business associates. To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of my information for the purposes described in the Notice of Privacy Practice. /

### Divulgaciones a amigos o miembros de la familia / Disclosures to Friends and/or Family Members

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN? Doy permiso para que se divulgue mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a mis familiares y otras personas que se detallan a continuación:

**DO YOU WANT TO DESIGNATE A FAMILY MEMBER OR OTHER INDIVIDUAL WITH WHOM THE PROVIDER MAY DISCUSS YOUR MEDICAL CONDITION? IF YES, WHOM?** I give permission for my Protected Health Information to be disclosed for purposes of communicating results, findings and care decisions to the family members and others listed below

	Nombre / Name	Vínculo / Relationship	Número de contacto / Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.  
Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

### Comunicaciones sobre My Healthcare / Communications about My Healthcare

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

I agree the Provider or an agent of the Provider or an independent physician's office may contact me for the purposes of scheduling necessary follow-up visits recommended by the treating physician.

### Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica / Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

I consent to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice's/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities). I understand that the practice/clinic retains the ownership rights to the images and/or recordings. I will be allowed to request access to or copies of the images and/or recordings when technologically feasible unless otherwise prohibited by law. I understand that these images and/or recordings will be securely stored and protected. Images and/or recordings in which I am identified will not be released and/or used outside the facility without a specific written authorization from me or my legal representative unless otherwise permitted or required by law.

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

WFPN, LLC

Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)

### Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica / Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuve el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

**If at any time I provide an email address or cellphone number at which I may be contacted, I consent to receiving unsecure instructions and other healthcare communications at the email or text address I have provided or you or your EBO Servicer have obtained, at any text number forwarded, or transferred from that number. These instructions may include, but not be limited to: post-procedure instructions, follow-up instructions, educational information, and prescription information. Other healthcare communications may include, but are not limited to, communications to family or designated representatives regarding my treatment or condition, or reminder messages to me regarding appointments for medical care.**

Note: You may opt out of these communications at any time. The practice/clinic does not charge for this service, but standard text messaging rates or cellular telephone minutes may apply as provided in your wireless plan (contact your carrier for pricing plans and details).

**Importante:** Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

**Note:** This location uses an Electronic Health Record that will update all your demographics and consents to the information that you just provided. Please note this information will also be updated for your convenience to all our affiliated locations that share an electronic health record in which you have a relationship.

### Divulgación de información / Release of Information

Por la presente, autorizo que el consultorio/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica con respecto a servicios anteriores de otros proveedores afiliados a HCA puede estar disponible para los proveedores afiliados posteriormente a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados se relacionan con una reclamación de indemnización laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios u operadores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin carácter restrictivo, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre ellas para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi historia clínica, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad, y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre las afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas, lo que incluye, entre otras, enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA.

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

WFPN, LLC

Apellido del paciente (en letra de imprenta) Patient Last Name (Printed)	Nombre del paciente (en letra de imprenta) Patient First Name (Printed)	Inicial del segundo nombre MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Date of Birth (MM/DD/YYYY)
---	--	----------------------------------	--

I hereby permit practice/clinic and the physicians or other health professionals involved in the inpatient or outpatient care to release healthcare information for purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

- Healthcare information regarding a prior service(s) at other HCA affiliated providers may be made available to subsequent HCA-affiliated providers to coordinate care. Healthcare information may be released to any person or entity liable for payment on the Patient's behalf in order to verify coverage or payment questions, or for any other purpose related to benefit payment. Healthcare information may also be released to my employer's designee when the services delivered are related to a claim under worker's compensation.
- If I am covered by Medicare or Medicaid, I authorize the release of healthcare information to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers for payment of a Medicare claim or to the appropriate state agency for payment of a Medicaid claim. This information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, operative reports, physician progress notes, nurse's notes, consultations, psychological and/or psychiatric reports, drug and alcohol treatment and discharge summary.
- Federal and state laws may permit this facility to participate in organizations with other healthcare providers, insurers, and/or other health care industry participants and their subcontractors in order for these individuals and entities to share my health information with one another to accomplish goals that may include but not be limited to: improving the accuracy and increasing the availability of my health records; decreasing the time needed to access my information; aggregating and comparing my information for quality improvement purposes; and such other purposes as may be permitted by law. I understand that this facility may be a member of one or more such organizations. This consent specifically includes information concerning psychological conditions, psychiatric conditions, intellectual disability conditions, genetic information, chemical dependency conditions and/or infectious diseases including, but not limited to, blood borne diseases, such as HIV and AIDS.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

I certify that I have read and fully understand the above statements from all pages and consent fully and voluntarily to its contents.

Firma del paciente/representante/ Patient/Representative Signature	Vínculo con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.) / Relationship to Patient (self, parent, legal guardian/representative, etc)	Fecha / Date

**Recoger pedidos de medicamentos recetados.** Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o un familiar recojan un pedido de medicamentos recetados (receta) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada por usted deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtener la receta.

**Prescription Order Pick-up.** There may be times when you need a friend or family member to pick-up a prescription order (script) from your physician's office. In order for us to release a prescription to your family member or friend, we will need to have a record of their name. Prior to release of the script, your designee will need to present valid picture identification and sign for the prescription.

- Quiero** \_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:
- I do want** \_\_\_\_ (Patient/Representative Initials) to designate the following individual to pick up a prescription order on my behalf

NOMBRE / NAME	Vínculo con el paciente / Relationship to Patient

- No quiero** \_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) designar a ninguna persona para que retire mi receta.
- I do not want** \_\_\_\_ (Patient/ Representative Initials) to designate anyone to pick-up my prescription order.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

#### Acuerdo financiero.

- Estoy al tanto de que, como cortesía, WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

**Cobros por terceros.** Reconozco que WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC puede utilizar los servicios de una entidad asociada o afiliada externa como una oficina comercial extendida ("Prestador EBO") para la facturación y mantenimiento de cuentas médicas.

**Asignación de beneficios.** Por el presente, asigno a WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.

**Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios.** Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC.

**Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras.** Para que WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC o los prestadores de servicios de oficina comercial extendida (EBO) y los agentes de cobro mantengan mi cuenta o cobren los montos que pueda deber, expresamente acepto y doy mi consentimiento para que WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras, por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que yo haya proporcionado, o que WEST FLORIDA PHYSICIAN NETWORK, LLC o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro hayan obtenido o en cualquier número de teléfono al que se haya remitido o transferido la llamada desde ese número. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente, indique su vínculo con el paciente (marque con un círculo o marque los vínculos en la siguiente lista):

Cónyuge  
Padre/madre  
Tutor legal

Garante  
Poder notarial para asistencia sanitaria  
Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Pinnacle Medical Group  
315 75<sup>th</sup> St W  
Bradenton, Florida 34209**

### **Politica De Cita Effectivo 4 De Enero 2021**

Tres ausencias totales, cancelaciones el mismo dia, reprogramaciones el mismo dia y llegadas tardes (cinco minutos antes de la hora programada de su cita) dentro de in periodo de doce meses consecutivos pueden resultar en el alta de nuestros doctors o practicas.

En cualquier momento que no pueda cumplir con su cita, le agradeceriamos que se comunice con nosotros con al menos dos dias de anticipacion.

Su salud es importante para nosotros y es imperativo que haga todo lo posible para sus citas programadas

**He leído, entiendo y acepto la política de citas de Pinnacle Medical Group.**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Razon por el paciente no puede firmar (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_