

Consentimiento para Recibir Tratamiento

Por favor, coloque sus iniciales en cada línea y firme al final de este formulario.

___ Autorizo el tratamiento médico y de salud por parte de Pandora Family Medicine.

___ Entiendo que las renovaciones de recetas, referencias y cartas requieren una cita y no se gestionarán por teléfono, correo electrónico o portal para pacientes.

___ Entiendo que Pandora Family Medicine notificará a los pacientes los resultados de todas las pruebas solicitadas, ya sean normales o anormales.

- Ocasionalmente, los resultados pueden no ser recibidos por la oficina. Si no he recibido los resultados dentro de 14 días hábiles, reconozco que es mi responsabilidad hacer el seguimiento y asegurarse de que todos los resultados me sean informados.

___ Reconozco que he revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud y que he tomado una copia si así lo he deseado.

___ Autorizo a Pandora Family Medicine a divulgar mi información médica a:

- Cualquier médico o profesional de la salud al que se me refiera, y
- Cualquier pagador de mi atención (por ejemplo, compañía de seguros o programa de atención administrada), previa solicitud específica.
- Esto también incluye los registros correspondientes a mi hijo/a, si aplica.

___ Entiendo que Pandora Family Medicine respeta mi privacidad y solo divulgará la información necesaria para:

- Continuar mi tratamiento,
- Ayudar a obtener el pago,
- Apoyar operaciones internas, o
- Según lo autorice específicamente yo.

___ Reconozco que si no he sido atendido/a en 36 meses, es posible que deba volver a establecerse como paciente nuevo/a, si hay disponibilidad.

___ Entiendo que puedo revocar estas autorizaciones por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no afectará mi responsabilidad financiera por los servicios ya prestados.

También certifico que estoy aquí para recibir atención médica y para ningún otro propósito.

Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ (o firma del tutor si el paciente es menor de edad)