



## Consentimiento para Tratamiento, Pago y Notificación

Por la presente doy mi consentimiento a lo siguiente:

- Consentimiento a Tratamiento:** un examen médico que puede incluir un examen físico, dental, examen pediátrico, laboratorio, salud mental y otros exámenes diagnósticos; la conveniencia y necesidad de dicho examen serán determinados por los proveedores médicos, proveedores auxiliares, personal clínico, especialistas de salud Mental, especialistas /terapistas de salud mental o proveedores médicos bajo contrato del Centro de Salud de Tiburcio Vásquez, Inc. (TVHC). Coordinación del cuidado, y discusión puede incluir condiciones médicas y dentales, tratamiento y información relacionado a la salud mental medicamentos, tratamiento y información relacionado a la salud mental, referencias a programas de tabaquismo, alcohol/drogas y VIH. La administración de todo tratamiento necesario como paciente no hospitalizado, quirúrgico, y tratamientos dentales y recetas, incluido pero no limitado a inmunizaciones, vacunaciones, inoculaciones y anestesia considerada necesaria por el proveedor médico o dentista.
- Asignación y Pago de Beneficios de Seguro:** para cumplir con las obligaciones financieras, estoy de acuerdo de pagar por los servicios que se me han dado. La cuota será determinado en acuerdo con las pólizas y regulaciones de TVHC. Doy permiso que TVHC mande cobrar y colecte el pago directamente de pagadores de tercera persona, como pero no limitado a compañías de seguro, Medicare y Medical; de comunicar y proveer por escrito, tal información de mi archivo medico y/o dental que pueda ser necesario para la continuidad del cuidado médico en algún otra facilidad de salud operado por TVHC.
  - Yo reconozco que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de TVHC, Derechos y Responsabilidades del Paciente.
  - Entendí que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que se revoque por escrito.
- Notificación:** de notificarme por teléfono o mensaje de texto de mensajes médicos incluyendo recordatorio para mis citas, seguimiento, e información de nutrición para servicios médicos, dentales, mentales, u otros servicios auxiliares en TVHC. Entiendo que soy responsable por cualquier costo asociado al recibir estos mensajes de texto de parte de mi proveedor de teléfono celular. Puedo dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento al responder "STOP". Entendí que TVHC puede evaluar este método de mensajes de vez en cuando para determinar si está funcionando bien. Además, entiendo que la revocación no aplicara a la información que ya se ha comunicado en respuesta a esta autorización.

Firmas:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente/Representante      Firma del Paciente/Representante      Fecha

Si Representante, favor de indicar relación: \_\_\_\_\_

Certificación del Traductor:

Yo, el abajo firmante, certifico que he:

- Transmitido la información arriba y he presentado oralmente los consejos al paciente mencionado arriba.
- He leído la forma de consentimiento y explicado su contenido al paciente mencionado arriba; y he
- Determinado que a mi mejor conocimiento y creencia, que el paciente mencionado arriba entendió lo que se le presente.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Firma del Traductor      Nombre en Letra de Molde      Fecha

