



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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Apto./Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO GENERAL, ACUERDO FINANCIERO Y ACUSE DE PRIVACIDAD

### Consentimiento para la atención

Doy mi consentimiento para la evaluación, tratamiento, análisis de laboratorio, medicamentos, procedimientos menores, referencias y otros servicios apropiados por Farwell Family Healthcare. La atención puede ser proporcionada por un enfermero practicante, asistente médico,

### No es un departamento de emergencias

Farwell Family Healthcare no es un departamento de emergencias. Si necesito atención de emergencia, vigilancia hospitalaria, estudios avanzados de imagen u otros servicios no disponibles aquí, puedo ser referido o trasladado.

### Consentimiento para escriba con IA

Acepto que se utilice una herramienta de documentación asistida por inteligencia artificial para ayudar a crear las notas de la visita. Mi proveedor sigue siendo responsable de revisar y firmar el expediente. Puedo rechazar su

☐ Acepto

☐ Rechazo

### Laboratorios, medicamentos y procedimientos

El precio de la visita puede no incluir laboratorios, pruebas rápidas, cargos de laboratorios externos, medicamentos, inyecciones, suministros o procedimientos. Estos pueden cobrarse por separado o al momento del servicio.

### Responsabilidad financiera

Autorizo a Farwell Family Healthcare a facturar a mi seguro y aceptar la asignación de beneficios. Soy responsable de todos los montos no pagados por el seguro, incluidos copagos, deducibles, coseguro, servicios no cubiertos y saldos de pago directo.

### Aviso para pacientes sin seguro o de pago directo

Si no tengo seguro o decido no utilizarlo, puedo solicitar un Cálculo de Buena Fe cuando corresponda. Los cargos por visitas sin cita el mismo día dependen de los servicios realmente prestados.

### Acuse de privacidad

Reconozco que se me ofreció o proporcionó el Aviso de Prácticas de Privacidad de Farwell Family Healthcare. Mi información puede utilizarse y divulgarse según lo permitido para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

### Consentimiento de comunicación

Autorizo que se comuniquen conmigo por teléfono, correo de voz, mensaje de texto, correo electrónico, portal del paciente o correo postal sobre citas, tratamiento, resultados y facturación. Entiendo que los mensajes de texto y el correo electrónico pueden no ser completamente seguros.

### Compensación laboral / accidentes automovilísticos

Farwell Family Healthcare no puede atender reclamaciones de compensación laboral ni reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos.

### Recetas y programación

Las recetas de rutina deben solicitarse por medio de la farmacia o del portal del paciente y pueden tardar de 24 a 48 horas hábiles. Las citas deben cancelarse con al menos 24 horas de anticipación o puede aplicarse un cargo de \$25.

Si firmo por un menor de edad, dependiente u otro paciente, certifico que tengo autoridad para consentir la atención y aceptar la responsabilidad financiera según corresponda. Al firmar abajo, confirmo que he leído este formulario, tuve la oportunidad de hacer preguntas y acepto los términos anteriores.

Firma del paciente / padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN OPCIONAL PARA HABLAR SOBRE LA ATENCIÓN CON OTRAS PERSONAS**

Complete esta sección únicamente si desea que Farwell Family Healthcare hable con otra persona sobre citas, facturación, información médica, resultados de pruebas o planes de tratamiento. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito, salvo que se indique una fecha de vencimiento abajo.

| Nombre | Parentesco | Teléfono | Información autorizada                                                                                                                                                              |
|--------|------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |            |          | <div><input type="checkbox"/> Citas</div> <div><input type="checkbox"/> Facturación</div> <div><input type="checkbox"/> Médica</div> <div><input type="checkbox"/> Resultados</div> |
|        |            |          | <div><input type="checkbox"/> Citas</div> <div><input type="checkbox"/> Facturación</div> <div><input type="checkbox"/> Médica</div> <div><input type="checkbox"/> Resultados</div> |

Fecha de vencimiento (si corresponde):

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en esta autorización.

Firma del paciente / padre / tutor:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Parentesco: