

Por la presente, doy consentimiento para que yo mismo o mi hijo recibamos los servicios de *Shenandoah Valley Medical System, Inc.*, que opera como *Shenandoah Community Health*.

Si no puedo concurrir a mi cita, entiendo que tengo la responsabilidad de contactar a la oficina con por lo menos 48 horas de anticipación.

Acuso recibo del “*Aviso Conjunto de Privacidad*” de *Shenandoah Community Health* referente a la protección de información médica.

Autorizo al personal de *Shenandoah Community Health (SCH)* a que, con fines de identificación, tomen mi foto o escaneen mi documento de identidad con foto y lo coloquen en mi Registro Médico Electrónico. Entiendo que esta fotografía será protegida como siendo parte de mi registro médico y, a no ser que sea requerido por leyes federales o estatales, de acuerdo con el “*Aviso Conjunto de Privacidad*” de SCH, la misma no será divulgada sin mi autorización por escrito.

Durante el transcurso de mis cuidados y tratamientos, puede ser necesario que se realicen varios tipos de exámenes, análisis, diagnósticos o procedimientos. Los mismos pueden incluir, pero no se limitan a, revisión de la audición y/o la vista, análisis de laboratorio, prueba de orina para detección de sustancias controladas, inyecciones, u otros análisis, los cuales el proveedor médico considere necesarios. Si tengo alguna pregunta relacionada con estos procedimientos le pediré a mi médico clínico que me otorgue más información. También entiendo que mi proveedor médico puede pedirme que firme otros documentos de Consentimiento Informado relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo el pago de beneficios de los seguros médicos a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que me hayan prestado que soy responsable de pagar las tarifas de los servicios médicos que no estén cubiertos por el seguro medico o por terceros, incluyendo los copagos, deducibles y otros montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre/tutor legal es consciente y da consentimiento para la realización de este tratamiento.

Nombre del Pacient

Fecha de Nacimiento

Firma del Pacient/Representante legal

Fecha

Testigo

Fecha

