

## Formulario de registro de firma del paciente

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

Entiendo que en determinadas circunstancias puede que sea necesario que se pongan en contacto conmigo con respecto a mi atención. Al firmar este formulario, autorizo a Hanger Clinic contactarme con respecto a citas, instrucciones para tratamientos, información de facturación o cuentas u otros asuntos sobre mi atención mediante los siguientes medios de comunicación:

Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil/Texto\*: \_\_\_\_\_ Correo electrónicos\*\*: \_\_\_\_\_

No quiero dejar ningún mensaje de texto y / o correo electrónico.

**Revocación de autorización de contactarme a través de correos electrónicos y/o mensajes de texto:** Entiendo que puedo notificar a Hanger Clinic por escrito para revocar mi consentimiento de comunicaciones futuras a través de correos electrónicos y/o mensajes de texto en cualquier momento. Mi revocación de autorización no afectará mi habilidad para obtener atención médica en el futuro, ni ocasionará la pérdida de algún beneficio al que de otro tengo derecho.

Autorizo a Hanger Clinic a compartir información acerca de mi tratamiento, o el pago de mi tratamiento con las siguientes personas:

- Mi esposa o pareja (nombre): \_\_\_\_\_
- Mi hijo o hija (nombre): \_\_\_\_\_
- Otra persona (nombre y relación): \_\_\_\_\_
- Ninguna

Con su firma a continuación, reconoce que ha recibido, o se le ha dado la oportunidad de recibir, una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Hanger.

Solicito que se efectúe el pago de los beneficios de Medicare, Medicaid o de seguros privados a Hanger Clinic o cualquiera de sus subsidiarias por todos los servicios cubiertos prestados por Hanger Clinic. Me comprometo a pagar a Hanger Clinic el deducible y/o el coseguro sobre mi reclamación. Autorizo a todos quienes tengan información médica sobre mí a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y a sus agentes, a Champus/TRICARE y sus agentes o a cualquier compañía privada de seguros, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tercero responsable

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del representante (solo reconociendo recibirlo)

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Si el paciente firma con una marca)

Nombre imprenta del representante o testigo \_\_\_\_\_

Dirección del representante o testigo \_\_\_\_\_

Razón por la que el paciente es incapaz de firmar \_\_\_\_\_

**\*Comunicaciones por mensaje de texto:** Entiendo que mi proveedor de telefonía móvil puede aplicar cargos por mensajes de texto. Tenga en cuenta que la comunicación por mensajes de texto no siempre es seguro. Los mensajes de texto pueden ser interceptados y, por este motivo, no comunicamos información médica personal por este medio. Me aseguraré de mantener a Hanger Clinic informado de mi número de teléfono móvil actualizado en todo momento o si ese número ya no me pertenece. Tenga en cuenta que los mensajes de texto solo se usan para recordatorios de citas y solicitudes de participación voluntaria en encuestas.

**\*\*Comunicaciones por correo electrónico:** (Hanger Clinic utiliza correo electrónico cifrado). Al autorizar a Hanger Clinic a comunicarse conmigo por correo electrónico, reconozco que: (a) el correo electrónico no es un medio seguro para enviar o recibir información y, por lo mismo, existe la posibilidad de que un tercero lea o acceda de otro modo mis correos electrónicos en tránsito; (b) si bien Hanger Clinic hará esfuerzos razonables para mantener la confidencialidad y seguridad de las comunicaciones por correo electrónico, Hanger Clinic no puede asegurar o garantizar la confidencialidad de comunicaciones por correo electrónico; (c) a discreción de Hanger Clinic, las comunicaciones por correo electrónico podrían formar parte de mi expediente médico permanente; y (d) el correo electrónico no es un medio de comunicación apropiado para emergencias u otros asuntos urgentes o para consultas sobre información sensible. En consecuencia, acepto que no usaré correo electrónico para comunicaciones sobre emergencias u otros asuntos urgentes u otra información sensible. Si no recibo una respuesta a mi mensaje de correo electrónico dentro de dos (2) días, acepto que usaré otro medio de comunicación para contactar a Hanger Clinic.