



Consentimiento Para Tratar

Yo, _____, por este intermedio autorizo y doy consentimiento para el examen y/o tratamiento de mí mismo durante las visitas al consultorio y al centro médico por los médicos y personal clínico de Sterling Health Solutions, Inc. (SHS). En caso de emergencia u otra enfermedad, entiendo que los médicos y el personal de SHS proporcionarán cualquier cuidado médico que se considere necesario.

Además, por este intermedio doy mi permiso para comunicación verbal o escrita acerca de mi cuidado médico y citas para ser compartida con las siguientes personas (*incluyendo cualquier intérprete que pueda estar presente durante cualquier visita a SHS*):

Nombre	Relación	Número de Teléfono

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo revoque el consentimiento por escrito a SHS.

Archivo Médico/Privacidad

En SHS, estamos comprometidos a proteger la seguridad y la privacidad de su información personal. Los archivos médicos son propiedad de SHS y son guardados en un lugar seguro, y se acceden sólo para propósitos delineados por el Aviso de Prácticas de Privacidad. Los archivos pueden ser divulgados o compartidos con otros proveedores de cuidado médico para su tratamiento. Los pacientes tienen derecho a una copia gratuita de sus archivos médicos sólo después de que se firme una autorización para divulgarlos.

- He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de SHS.
- Entiendo que SHS puede llamar a mi casa y a mi lugar de trabajo por razones de cuidado médico, recordatorios de citas y para resolver problemas de cuentas.
- Entiendo que SHS puede utilizar postales para notificarme de citas u otra información pertinente.
- Entiendo que SHS puede enviar por fax los certificados de vacunación, excusas para la escuela, formularios para físicos/deportes y/o medicamento para instrucción a mi fax personal o de mi trabajo si el número es proporcionado o puede enviarlos por correo a mi casa. SHS no puede mandar por fax o enviar estos documentos a terceros sin formulario(s) separado(s) para autorización.
- Entiendo que SHS puede dejar mensajes en mi contestador automático y/o correo de voz con respecto a las citas e información limitada de laboratorio..
- Entiendo que SHS puede hablar de la información del paciente con adultos o menores (incluyendo intérpretes) presentes durante la visita
- **Entiendo y estoy de acuerdo con todo lo anterior a menos que yo tache para eliminar cualquiera de las declaraciones.**

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que revoque el consentimiento por escrito a SHS.

Firma del Paciente

Fecha