

Nombre Legal: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Dirección de Correo Electrónico:** _____

Dirección de Facturación: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono SMS: (_____) _____ **Seguro de Salud Actual:** _____

Valley-Wide Health Systems, Inc. proporciona tratamiento y atención a través de un modelo integrado. Valley-Wide Health Systems proporciona atención integral a la persona a través de un equipo de atención que, en nuestro sistema, incluye varios aspectos de salud física, salud conductual/mental, y servicios de apoyo.

Doy mi consentimiento para el tratamiento y la atención de Valley-Wide Health Systems Inc. Entiendo que el tratamiento y la atención en un modelo integrado pueden incluir cualquiera o todos los servicios de mantenimiento de la salud de rutina (incluidas vacunas, exámenes de detección, introducción a otros proveedores de servicios en nuestro sistema y/ o referencias externas) para condiciones de salud agudas y crónicas dependiendo de mi condición. Estos servicios pueden incluir cualquiera de los siguientes departamentos: médico, dental, terapia física, salud conductual/mental y farmacia. **También he recibido información por escrito sobre cómo comunicarme con Valley-Wide en una situación de emergencia.**

Entiendo que los servicios autorizados por este consentimiento incluyen aquellos proporcionados bajo los auspicios de Valley-Wide Health Systems por médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos, tecnólogos médicos, proveedores de salud conductual/mental, terapia física, asistentes de terapia física, dentistas, higienistas dentales, asistentes dentales, enfermeras, educadores de salud, asistentes médicos, y farmacéuticos. Entiendo que mi equipo de atención puede incluir profesionales de la salud en formación bajo la supervisión de un profesional de la salud con licencia y responsable ejerciendo dentro del alcance de su certificación de educación y capacitación.

Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquiera o todos los servicios en cualquier combinación, o por parte de cualquier miembro del equipo de tratamiento. Entiendo que tengo derecho a discutir cualquier plan de tratamiento con mi equipo de atención sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que me ordenen. Si tengo alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por mi equipo de atención, me animan a hacer preguntas.

También entiendo que mis registros médicos para todos los servicios descritos anteriormente se mantienen en una única ubicación y pueden compartirse entre cada línea de servicio descrita anteriormente. Estos registros deben mantenerse confidenciales y la divulgación de cualquier información de salud está protegida y se ajustará a la ley según la Regla de Privacidad HIPAA.

Por la presente autorizo el pago directamente a Valley-Wide Health Systems, Inc. por los beneficios de atención médica. Entiendo que soy financieramente responsable ante Valley-Wide Health Systems, Inc. por los servicios no pagados por el seguro de la salud u otros terceros pagadores. Entiendo que si me han emitido un cheque de reembolso y no lo cobro o el cheque de reembolso se devuelve por no poder entregarse después de que los intentos razonables de contacto no hayan tenido éxito, dicho cheque se considerará una donación a Valley-Wide Health Systems.

Doy mi consentimiento para que profesionales de la salud en formación/entrenamiento participen en mi atención médica, dentro del alcance de su educación, formación/entrenamiento y certificación y bajo la supervisión de un profesional de salud con licencia. Sí No

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en el momento de mi visita. Si NO



Valley-Wide
Health Systems, Inc.
Your Health, Our Priority!

Consentimiento para Tratamiento y Asignación de Beneficios a Valley-Wide Health Systems, Inc.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es mayor de 18 años, GUARDIÁN (si el paciente es menor de 18 años) o TESTIGO (si el paciente adulto no puede firmar) Esto no se aplica a la salud conductual. *This doesn't apply to behavioral health.*