



Consent form Spanish

### **Consentimiento Para Obtener Historial Recetario Externo**

Yo, \_\_\_\_\_, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Feliz Care Centers LLC, y sus Proveedores Afiliados ver mi historial recetario externo via el servicio de ePrescribing. Entiendo que este historial puede incluir informacion de varios otros proveedores medicos, aseguranzas de salud, y gereneacias de beneficios farmaceuticos que puede ser observado por los proveedores medicos de Feliz Care Centers LLC , y personal de la clinica, y que tambien puede incluir recetas desde hace varios anos.

### **Se Ortega el derecho de cobrar servicios rendidos**

Yo, \_\_\_\_\_, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Feliz Care Centers LLC ,cobrará los servicios rendidos a paciente a la aseguranza y que en caso de que no se cubra el costo a través de la aseguranza, acepto responsabilidad personal para ó transmission electronica de pago por el individuo. En caso de que no se pague el servicio dentro 90 dias se contratará una agencia de coleccion y se añadirá un cobro de proceso de \$25.00 a la cuenta. Se añadirá un cobro de \$25.00 a la cuenta se regresa su cheque por no tener suficientes fondos. Se declara que no hay otra aseguranza que cubrirá la cuota.

### **Se ortoga el derecho de enviar informacion**

Yo, \_\_\_\_\_, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Feliz Care Centers LLC el derecho de enviar información del exámen cuando sea necesario al cobrar a las aseguranzas. Se Ortega el derecho de presentar documentos en forma de fotocopia, como si fueran originales, cuando sea necesario.

### **Se ortoga el derecho de enviar informacion a ASIIS**

Yo \_\_\_\_\_, de quien es mi firma mas abajo, autorizo a Feliz Care Centers LLC, el derecho de enviar información respecto a toda vucuna admistrada a mi o a la persona por la cual estoy autorizado(a) a consentir, a el programa de Arizona State Immunization Information System (ASIIS), otros proveedores medicos con el fin de prevenir vacunas repetidas y no necesarias y proveer información de las vacunas recibidas . Entiendo que no estoy obligado(a) a dar este conconcentimiento para recibir las vacunas que pido.

### **El reconocimiento de recibo de nota de privacidad medica**

Yo \_\_\_\_\_, de quien es mi firma mas abajo, reconozco que he recibido una copia de Feliz Care Centers LLC "Nota de privacidad medica." Esta nota describo como Feliz Care Centers LLC puede usar u reveler mi informacion protegida de mi salud, ciertas restricciones en el uso y la revelacion de mi informacion de salud, y de los derechos que puedo tener considerando mi informacion medica protegida.

### **El reconocimiento de HIE de los derechos de pacientes**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco haber recibido, y he leído y entiendo la Notificacion de Practicas de Informaciones de Salud a respecto del participation de mi medico en el estatal nombrado "Health Information Exchange" (HIE) cual es un intercambio de información de salud electronico, o he recibido este informacion previamente y declino una copia"

**MI FIRMA CERTIFICA QUE HE LEIDO, Y QUE RECONOZCO EL AMBITO DE APLICACION DE MI CONSENTIMIENTO AL AUTORIZAR ESTE ACCESO DE INFORMACION.**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ F.de Nac. \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_