



**\*\*\*UTILICE TINTA NEGRA PARA LLENAR\*\*\***

( ) Carlos E. Lara, MD ( ) Andrew Pogiatzis MD ( ) Yoany Guia, MD ( ) Laura Zambrana-Morales  
( ) Eldere Germain

Información de Paciente:

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:
Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Seguro Social:	<u>Correo Electrónico:</u>

Dirrección Física:
--------------------

Numero de telefono:	<u>Numero de Celular:</u>
Estado Civil:	Nombre de Cónyuge:
Empleado:	Numero de telefono:
Contacto de Emergencia:	Numero de Emergencia:

**Si el paciente es menor de 18 años, por favor proporcione la información de los padres o tutores:**

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Seguro Social:	Relación al Paciente:

Cómo supo de nosotros? Por favor marque uno de los siguientes

<input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Plan de Seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro
--

**Información de Seguro:**

<b>Seguro Primario:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Numero de Póliza</b>	<b>Numero de Grupo:</b>
<b>Nombre del Suscriptor:</b>	<b>Relación al Paciente:</b>
<b>Nombre del Suscriptor:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>

<b>Seguro Secundario:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Numero de Póliza</b>	<b>Numero de Grupo:</b>
<b>Nombre del Suscriptor:</b>	<b>Relación al Paciente:</b>
<b>Nombre del Suscriptor:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>

**\*\*Tomas medicamentos controlados o narcóticos?  SI  NO**

**Si la respuesta es si, por favor ten en cuenta que sera enviado para especialista en manejo de dolor.**

\*\*\*\*\***NO CONTROLADO O NARCÓTICOS SERA PRESCRITO EN ESTA OFICINA**\*\*\*\*\*



**LISTA DE MEDICACION**

- |                  |                 |                     |
|------------------|-----------------|---------------------|
| 1. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 2. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 3. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 4. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 5. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 6. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 7. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 8. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 9. Nombre _____  | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 10. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 11. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 12. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 13. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 14. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 15. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 16. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 17. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 18. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 19. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |
| 20. Nombre _____ | Miligramo _____ | Cuanto Diario _____ |

**Que Farmacia Usted Utiliza? \_\_\_\_\_**

**Numero De Telefono De Farmacia \_\_\_\_\_**



## **AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE.**

### **Resumen:**

Por ley, estamos obligados a proporcionarle un Aviso de Práctica de Privacidad (APP). Este aviso describe como su información médica puede ser utilizada y divulgada por nosotros. También le indica como puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho de inspeccionar y copiar su información.
2. El derecho de solicitar corrección a su información.
3. El derecho de solicitar que su información sea prohibida.
4. El derecho de reportar comunicaciones confidenciales.
5. El derecho a un informe e divulgación de su información.
6. El derecho de una copia de este aviso.

Cómo usamos su información de salud del paciente (PHI) Este aviso de prácticas de privacidad (Aviso) describe cómo podemos usar dentro de nuestra práctica o red y divulgar (compartir fuera de nuestra Práctica o red) su PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la atención médica. Operativos, administrativos de evaluación de la calidad de la atención etc. También podemos compartir su PHI para otros fines permitidos o exigidos por la ley. Este aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. En algunas circunstancias se nos puede solicitar que usemos o divulguemos su PHI sin su consentimiento.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su PHI para brindarle tratamiento o servicios médicos. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica que participan en su tratamiento a farmacéuticos que surten sus recetas, a laboratorios que realizan pruebas.

Si usted tiene cualquier pregunta de este aviso, se puede comunicar con:

Persona de Contacto: Alice Lucca	Número de Teléfono: (352) 861-0043
----------------------------------	------------------------------------

### **Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad**

"Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso De Prácticas De Privacidad de esta oficina. Entiendo que si tengo preguntas o quejas con respecto a mi derecho de privacidad puedo ponerme en contacto con la persona mencionada anteriormente. Además entiendo que la oficina me va a ofrecer actualizaciones del Aviso De Prácticas De Privacidad de ser enmendada, modificada o cambiada de alguna manera."

Paciente o Nombre de Representante (impresa):
Paciente o Nombre de Representante (firma):
Fecha:

## Historia Médica

**Por favor, circule cualquier historia clinica que tenga, o haya tenido.**

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco	<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula
<input type="checkbox"/> Irregularidad intestinal	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cálculos
<input type="checkbox"/> próstata	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas Urinarios
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Enfermedad Articular
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cáncer de Seno	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Arterial
<input type="checkbox"/> Otros:			

### Cualquier Cirugia Reciente o Pasada


**Alergias-Por favor enumere cualquier alergia y su ración a ellas, si usted no tiene alergias por favor escriba N/A.**

## Historia Familiar

**Padre:**

<b>Edad de Vida:</b>	<b>Edad de fallecimiento y razon:</b>		
<b>Enfermedad del corazón</b>	<b>Alta Presión</b>	<b>Cáncer</b>	<b>Diabetes 1 o 2</b>
<b>Otros:</b>			

**Madre:**

<b>Edad de Vida:</b>	<b>Edad de falleimiento y razon:</b>		
<b>Enfermedad del corazón</b>	<b>Alta Presión</b>	<b>Cáncer</b>	<b>Diabetes 1 o 2</b>
<b>Otros:</b>			

**Habitos:**

Fumas:	Alguna vez fumaste:	Cuánto:	<b>Cuanto Tiempo:</b>	<b>Alcohol:</b>
Drogas de calle:	Cuántas tazas de café por día:	Otro tipo de cafeína:	<b>Ejercicio:</b>	<b>Patrón de Sueño:</b>

**Cuidado Preventivo**

<b>SOLO HOMBRES:</b>	<u>Colonoscopia:</u> _____	<u>Endoscopia:</u> _____	<u>Ultimo PSA:</u> Mes: _____ Año: _____
<u>Ultimo Fecal:</u> _____	<u>Densidad osea:</u> _____	<u>Ultimo Chequeo de vista:</u> _____	<u>Ultimo A1C:</u> _____

<b>SOLO MUJERES:</b>	<u>Ultimo Papanicolaou:</u>	<u>Mamografía:</u>	<u>Densidad osea:</u>
<u>Ultimo Examen Densidad:</u>	<u>Ultimo Chequeo de vista:</u>	<u>Ultimo A1C:</u>	<u>Colonoscopia:</u>
<u>Endoscopia:</u>			

<u>Immunización:</u>	<u>Hepatitis B</u>	<u>Influenza</u>	<u>Neumonía</u>	<u>Tétanos</u>	<u>Herpes</u>
----------------------	--------------------	------------------	-----------------	----------------	---------------

**Póliza Financiera**

Póliza financiera duración de la autorización para el Seguro de asignaciones y liberación de información:

Como su médico, estamos comprometidos de proveerle el mejor cuidado posible. Para cumplir con este objetivo, necesitamos su asistencia y su comprensión de nuestra póliza financiera.

**TODO COPAGO, COSEGURO Y DEDUCIBLE: SE PAGA EL DIA DE LA CITA.**

- Aceptamos efectivo, cheques personales, Master card, Visa, American Express y Discover.
- Cheques son procesado electrónicamente.
- Cheques devueltos están sujeto a una tarifa de servicio de \$25.00 y pierdes el privilegio de escribir otro cheque para nuestra oficina.
- El paciente es responsable a un cargo por servicio de \$20.00 o 25% cualquiera es más para cuentas enviadas a la agencia de colección.

**CITA DE SEGUIMIENTO PÓLIZA DE 24 HORAS:**

Paciente que no cancelen con 24 horas de anticipación, se le cobrará \$25.00 por ausencia. Para que el paciente reciba los resultados y recetas de medicación, tiene que cumplir con la cita seguimiento.

**COMPENSACION DE TRABAJADORES RECLAMACIONES DE ACCIDENTES**

No tratamos compensación de trabajadores y tampoco reclamaciones de accidentes.

**DISCAPACIDAD:**

No hacemos determinación de discapacidad.

**ACUERDO FINANCIERO**

Estaremos encantados de discutir su tratamiento propuesto y hacer todo lo posible para responder a cualquier pregunta relacionada con su Seguro. Usted debe darse cuenta, sin embargo que: **1.** Su Seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. **2.** No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos, algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán.



Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención médica, nuestra relación y preocupación es con usted y su salud, no con su compañía de seguros. Todos los cargos son de su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. En cualquier saldo de su cuenta después de 90 días en los que el pago no haya según lo acordado, se pueden tomar medidas de cobro. Los pacientes serán responsables de un cargo por servicio de \$20.00 o 25% lo que sea mayor, para las cuentas enviadas a la agencia de cobro. Nos damos cuenta de que las emergencias surgen y pueden afectar los pagos oportunos, si al caso extremo ocurre, por favor póngase en contacto con nosotros de inmediato para ayudarlo mejor en la gestión de su cuenta. Lara Medical & Associates no será responsable de pagar facturas, laboratorios externos, informes de patología, lecturas de rayos X, etc. que pueden incurrir para su atención durante su visita al consultorio.

**FORMULARIO DE AUTORIZACION:**

Yo, el paciente nombrado a continuación, autorizo a cualquier médico que me examine y/o me trate a divulgar a cualquier tercer pagador (como una compañía de seguros o una agencia gubernamental, por ejemplo: Blue Cross Blue Shield of Florida o Medicare) cualquier condición médica y registros relacionados con diagnóstico y tratamiento y/o diagnóstico.

**ASIGNACIÓN DE SEGURO DE MÉDICOS**

Yo, el suscriptor nombrado a continuación, por la presente autorizo al pago directamente a cualquier médico que me examine o trate de cualquier grupo y/o beneficios quirúrgicos y/o médicos individuales aquí especificados y que de otra manera me sean pagaderos por sus servicios como se describe, pero no debe exceder lo razonable y habitual para estos servicios.

**MEDICARE:**

Autorización de certificación de los pacientes para divulgar información y solicitud de pago, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII/XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social / División de Servicios Familiares o a sus intermediarias o transportistas cualquier información necesaria para esto de una reclamación médica. Por la presente certifico que todos los seguros relacionados con el tratamiento serán asignados.

**MEDIGAP ( SEGURO SECUNDARIO)**

A continuación, solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de MEDIGAP en mi nombre a Lara Medical & Associates por cualquier servicio proporcionado por Lara Medical & Associates. Autorizo a cualquier titular de información médica para que fuera a suministro de Lara Medical & Associates cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.



**PERMITO UNA COPIA DE ESTAS AUTORIZACIONES Y ASIGNACIONES PARA SER USADAS EN LUGAR DEL ORIGINAL, QUE ESTÁ EN LA OFICINA DEL MÉDICO.** Esta asignación permanecerá en vigor hasta ser revocado por escrito por mi.

Requerda que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente por las cuotas pagadas al médico y no es un sustituto del pago. Algunas empresas pagan una asignación fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cambio. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, co-seguro o cualquier otro saldo que no haya pagado mi Seguro o tercer pagador dentro de un periodo de tiempo razonable que no exceda los 60 días.

Si esta cuenta se asigna a un abogado para su cobro y/o demanda, la parte que prevalezca tendrá derecho a los honorarios razonables del abogado y los costos de cobros.

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:**

Acepto ser tratado(a) por el personal de Lara Medical and Associates por este medio consiento a Lara Medical and Associates para proporcionar cualquier tratamiento que consideren necesario para mi.

<b>Firma del paciente (padre o Guardian) si el paciente es menor de 18 años):</b>
<b>Nombre impreso del paciente (padre o Guardian) si el paciente es menor de 18 años):</b>
<b>Fecha:</b>



**DIDULGACION DE INFORMACION MEDICA  
(HIPAA DIVULGACION DE INFORMACION)**

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
---------	----------------------

**RECEPCIÓN DE INFORMACION**

Autorizo la divulgación de información incluyendo diagnosis, records, examen prestado a mi reclama información. Esta información se la puede otorgar:

<input type="checkbox"/> Cónyuge	Número de Teléfono:
<input type="checkbox"/> Hijo(a)	Número de Teléfono:
<input type="checkbox"/> Otro:	Número de Teléfono:

**MI INFORMACION NO DEBE DE SER DIVULGADA A NADIE**

Esta divulgación de información permanecerá en vigor hasta que sea terminado por escrito.

**Por favor llame:**

Mi casa:	Mi Trabajo:
El mejor tiempo es por <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noche	Entre la hora de:

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

<b>Testigo:</b>	<b>Fecha:</b>
-----------------	---------------





## **POLITICA DE 24 HORAS DE CANCELACION Y TARIFA DE NO PRESENTARSE.**

Cada vez que un paciente no se presenta a una cita sin proporcionar la debida notificación, se impide que otro paciente reciba atención médica. Por lo tanto, Lara Medical and Associates se reserve el derecho de obtener un cargo de \$25.00 por todas las citas perdidas y cita que, a falta de una razón convincente, no se cancelen con un aviso de 24 horas por adelantado.

Cargos serán facturados al paciente. Este cargo no está cubierto por el Seguro y debe ser pagado antes de su próxima cita. Tres veces que no se presente a una cita en cualquier periodo de 12 meses darán lugar a la terminación de nuestra práctica.

Gracias por su entendimiento y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y entiende esta política.

Nombre impreso:
Fecha:
Firme:



Carlos E. Lara MD,  Yoany Guia MD,  Andrew Pogatzi MD,

Laura Zambrana-Morales MD,  Eldere Germain MD

8599 SW HWY 200 OCALA, FL 34481 Phone 352-861-0043 Fax 352-861-8750

2760 SE 17<sup>th</sup> ST #400 OCALA, FL 34471 Phone 352-861-0043 Fax 352-433-1381

### **Solicitud de Récord Medico/Medical Records Release**

<b>Patients Name/Nombre del paciente:</b>	<b>DOB/Fecha de Nacimiento:</b>
---	---------------------------------

**I request and authorize Lara Medical & Assoc. to:/Solicito y autorizo a Lara Medical & Assoc que:**

Physician/Medico/Nombre de Oficina	Specialty/Especialidad	Phone#/NumeroTelefono
1)		
2)		
3)		

**Send records to:/Envie los record medico a: LARA MEDICAL & ASSOCIATES**

**Address:/Dirección Postal:**  8599 SW HWY 200 Ocala, FL 34481  2760 SE 17<sup>th</sup> St #400 Ocala, FL 34471

**Phone#/Número de teléfono: 352-861-0043 Fax: 352-861-8750 or 352-433-1381**

Healthcare information relating to the following: Most office notes, Labs, Imaging etc./Información de atención medica más reciente de las: Notas de oficina, Laboratorios, Imagenes etc. The release of health information is at the request of the patient. By providing this authorization I understand the following:/ La divulgación de información de salud es a petición del paciente al proporcionar esta autorizacion entiendo lo siguiente: • I understand that this authorization is voluntary/ Yo entiendo que esta autorización es voluntariamente. • I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying provider in writing, but if I do it will not have any effect on uses or disclosures prior to the receipt of the revocation. /Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con notificar al proveedor en escrito pero si lo hago no tendrá ningún efecto en los usos o divulgaciones antes de la recepción de la revocación. • I understand that the health information to be released may be subject to disclosure by the recipient of the health information and no longer protected by the federal privacy rule. / Entiendo que la información de salud que se divulgará puede estar sujeta a la divulgación por parte del destinatario de la información de salud y ya no está protegida por las reglas federales de privacidad.  Yes/Si  No I authorize the release of my sexually transmitted disease and HIV/AIDS results, whether negative or positive to the person(s) listed above. / Autorizo soltar mis enfermedades de transmisión sexual y los resultados del VIH/SIDA ya sean negative o positivos a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Entiendo que la(s) persona(s) enumerada(s) anteriormente serán notificadas que debo dar permiso específico por escrito antes de la divulgación de estos resultados de la prueba a cualquier persona  Yes/Si  No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, mental health treatment to the person(s) listed above. /Autorizo soltar de cualquier registro con respect a drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

<b>Patient's Signature /Firma de paciente:</b>	<b>Date/Fecha:</b>
--	--------------------

## **Póliza de Referidos y Autorización**

Nuestro Departamento de Referidos le va a asistir con referidos y autorizaciones.

En el Departamento de Referidos nos dedicamos en ayudar al paciente a encontrar el especialista adecuado. Hay mucho que tenemos que considerar:

- La orden especial de su medico.
- Si el especialista participa con su compañía de Seguro medico.
- Conseguir una cita lo más pronto posible.

Nota: Esto va a depender en el tiempo que su Seguro tome para finalizar la aprobación.

Si usted tiene un STAT(Referido de Emergencia) y no ha recibido una llamada de la oficina del especialista pasado 2 días de su visita con nosotros, por favor contacte el Departamento de Referido de nuestra oficina ellos se encargarán de llamar a la oficina del especialista y confirmar que ellos han recibido su información sea Referido o Autorización y que la oficina del especialista se contacte con usted para la cita. Cualquier otro referido se de 7 a 10 días después de su visita con nuestro medico.

Todas las demás referencias pueden tardar hasta 7 a 10 días hábiles dependiendo en su Seguro. Por favor recuerde que después de 10 días si no ha recibido una llamada de la oficina del especialista para una cita, ES SU RESPONSABILIDAD de contactar el Departamento de Referidos para que podamos contactar la oficina del especialista.

Después de que vea al especialista puede solicitar pruebas tales como: Imágenes que nos enviarán por fax la solicitud y luego enviaremos la solicitud a su compañía de seguros este proceso puede tomar hasta 10 días hábiles dependiendo de su Seguro y cuánto tiempo tardan en procesar la solicitud.

Si tienes preguntas o Inquietud por favor llame al Coordinador de Referidos al 352-861-0043 Ext. 206.

Por favor de dejar un mensaje y un coordinador le regresa la llamada entre 24 horas.

**Portal del paciente-Formulario de consentimiento**

Lara Medical & Associates West Marion Family Practice ofrece visualización y comunicación seguras como un servicio a los pacientes que desean ver partes de sus registros.La mensajería Segura puede ser una valiosa herramienta de comunicación, pero tiene ciertos riesgos. Para gestionar estos riesgos necesitamos imponer algunas condiciones de participación.El objetivo de este formulario es demostrar que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación y que acepta el riesgo y está de acuerdo con las condiciones de participación.

**Cómo Funciona el portal Seguro para pacientes:**

Un portal web Seguro es un tipo de página web que utiliza cifrado para evitar que personas no autorizadas lean Comunicaciones,información y los mensajes seguros solo pueden ser leídos por alguien que conozca la contraseña correcta o la frase de paso para iniciar session en el sitio del portal.Debido a que el canal de conexión entre su computadora y el sitio web utiliza tecnología en su computadora, pero aún está encriptada en la transmission entre el sitio web y su computadora.

**Protección de su información de salud privada y riesgos:**

Este método de comunicación y visualización Evita que personas no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmission. Sin embargo, mantener los mensajes seguros depende de dos factores adicionales: 1) el mensaje Seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta y 2) Solo la persona correcta( o alguien autorizado por esa persona) debe poder acceder al mensaje.

Solo usted puede asegurarse de que estos dos factores estén presents. Es imperative que nuestra práctica tenga su dirección de correo electrónico correcta y que nos informe de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico. Usted es responsable de protegerse de personas no autorizadas que conozcan su contraseña. Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, debe ir inmediatamente al sitio web y cambiarla.

**Tipos de comunicación/mensageria en linea:**

Las Comunicaciones en linea nunca deben usarse para Comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia o una solicitud urgente, debe comunicarse con su medico por teléfono.

**Reconocimiento y acuerdo del paciente:**

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y las politicas y procedimientos con respect al portal del paciente. Entiendo los riesgos asociados con las Comunicaciones en linea entre el consultorio de mi medico y yo,y acepto las condiciones descritas en este document. Además, acepto seguir las instrucciones establecidas en este document, asi como cualquier otra instrucción que el consultario de mi medico pueda imponer para comunicarme con los pacientes a través de comunicaiones en linea. Entiendo y estoy de acuerdo con la información que se me ha proporcionado y soy consciente de que puedo negarme a revelar mi dirección de correo electrónico.

Nombre del paciente:\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona responsable:\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del paciente o de la persona responsable del portal del paciente:

\_\_\_\_\_