

## Reconocimiento de Recepción del Aviso de Privacidad

Me han presentado una copia del aviso de políticas de privacidad de Visit Health, que detalla como mi información puede usarse y liberar según lo permitido por las leyes federales y estatales. Entiendo el contenido del aviso. Permito que se utilice una copia de esta autorización. Se aplican las regulaciones relativas a la asignación médica de beneficios.

Firma del paciente / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente)*

Relación: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de Liberación de Registros Médicos

Autorizo a Visit Health Urgent Care a liberar mi:

- |                                                                             |                                                              |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nombre, dirección de casa, teléfono, seguro social | <input type="checkbox"/> Pruebas / resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Información confidencial (VIH, enfermedad de, transmisión sexual, abuso de sustancias, información / resultados de salud mental.) |
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos / estado de salud                     | <input type="checkbox"/> Registros de inmunización           |                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Radiografías / pruebas de diagnóstico / resultados | <input type="checkbox"/> Resultados del examen físico        |                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Información de la póliza de seguro                 | <input type="checkbox"/> Información del empleador           |                                                                                                                                                            |

A (nombrar la persona o entidad): \_\_\_\_\_

Per medio de:  Corro electrónico  
 Teléfono  
 Correo  
 Otro

Con el propósito de: \_\_\_\_\_

**Doy permiso a Visit Health Urgent Care para liberar mi información de salud personal y, si me niego a autorizar la divulgación de mi información de salud, Visit Health Urgent Care puede negarse a tratarme.**

Firma del paciente / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente)*

Relación: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para el Tratamiento

**Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en Visit Health Urgent Care. Doy mi consentimiento para la liberación de información de registros médicos a cualquier compañía de seguros u organización que requiera la misma**

Firma del paciente / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente)*

Relación: \_\_\_\_\_