

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y**  
**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

En nombre mío o de mi hijo menor de edad u otro paciente mencionado abajo, reconozco y doy mi consentimiento para las declaraciones incluidas en este formulario. Los cambios o alteraciones en este formulario no son vinculantes para Nevada Health Centers o sus centros afiliados (todos y cada uno llamados "NVHC" en este formulario).

**Consentimiento para la prestación de servicios de atención médica:** Pido que se presten los servicios de atención médica para mí (mi hijo menor de edad o el paciente nombrado abajo) en NVHC. Voluntariamente doy mi consentimiento para la prestación de tratamiento médico, dental y de salud conductual, además de los servicios relacionados con la atención médica que los cuidadores de NVHC consideren necesarios para mí (o el paciente mencionado abajo). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio, incluyendo las pruebas de VIH. Si deseo que hagan pruebas de VIH anónimas, se lo diré a mi cuidador de NVHC.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no me garantiza los resultados de los tratamientos o exámenes. Entiendo que NVHC es un centro de enseñanza y que los residentes y estudiantes (bajo la guía directa de mi proveedor de atención médica o el personal de la clínica) pueden observar o participar en mi atención, durante el curso de mi visita.

**Telemedicina:** Entiendo que NVHC puede prestar algunos servicios por medio de la tecnología remota de telesalud. Los servicios de telesalud implican a un proveedor de salud que está en un lugar remoto a donde yo me encuentre en el momento del servicio y, como tal, la telesalud a menudo incluye la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de información. El proveedor de salud a distancia determinará si la condición médica que se diagnostica o se trata es adecuada para telesalud y entiendo que no hay ninguna garantía de diagnóstico, tratamiento o receta. Entiendo que es posible que deba viajar para consultar a un proveedor médico en persona para ciertos diagnósticos y asuntos de tratamiento. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina y, como siempre, mi aseguradora tendrá acceso a mi expediente médico para garantizar la calidad/auditoría. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

**Servicios de farmacia clínica:** Entiendo que NVHC puede prestar ciertos servicios de farmacia clínica. Esos servicios implican que un farmacéutico clínico trabaje en colaboración con mi proveedor de atención primaria. Durante estas citas, el farmacéutico clínico puede iniciar, modificar o discontinuar medicamentos según un acuerdo de práctica conjunta. Entiendo que el farmacéutico clínico no es un médico, un enfermero registrado de práctica avanzada ni un asistente médico y no puede diagnosticar. Además, entiendo que el farmacéutico clínico tiene el derecho de no responder preguntas o hacer servicios fuera del ámbito de ejercicio.

**Usos y revelación de la información médica:** Recibí el Aviso de Prácticas de privacidad de Nevada Health Centers. El Aviso de Prácticas de privacidad explica cómo puede Nevada Health Centers usar y revelar la información médica confidencial que me identifica (o al paciente mencionado abajo). Doy mi consentimiento para que Nevada Health Centers use y revele mi información médica (o del paciente mencionado abajo) como se describe en el Aviso de Prácticas de privacidad.

Al hacerlo, doy mi consentimiento para que revelen mi información médica (o la del paciente mencionado abajo), y la información financiera a terceros responsables o representantes identificados por NVHC; a sus agentes de facturación, cobranza, abogados, consultores u otras personas que en nombre de NVHC o que colaboren con NVHC para garantizar el pago a todas las partes responsables de mi atención médica (o la del paciente mencionado abajo), incluyendo el tratamiento por abuso de sustancias, atención psiquiátrica o de VIH, si corresponde. En cualquier momento puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que NVHC ya haya revelado información basándose en mi consentimiento.

Doy mi consentimiento para recibir, por el teléfono celular u otros teléfonos dados a NVHC en este formulario o actualizados más adelante, mensajes de texto o llamadas telefónicas u otras comunicaciones mediante voces en vivo, artificiales o pregrabadas, sistemas de marcación automática u otras tecnologías asistidas por computadora de NVHC y sus

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y**  
**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

afiliados, proveedores clínicos y socios comerciales, junto con cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza, agentes u otros terceros que puedan actuar en su nombre. Los mensajes de texto o las llamadas telefónicas pueden relacionarse con cualquier propósito, incluyendo lo relacionado con mi cuenta y la atención prestada. Entiendo que este consentimiento para las comunicaciones no es un requisito para recibir los servicios de NVHC o de cualquier otra persona autorizada para llamar y que se pueden aplicar cargos por el uso de datos, entre otros. En cualquier momento puedo revocar este consentimiento para las comunicaciones.

Por este medio doy mi consentimiento y autorizó a NVHC el derecho y la autoridad para fotografiar y grabar mi imagen y mi voz, lo qué puede ocurrir en relación con mi diagnóstico y tratamiento, y acepto que después de la creación de esas imágenes o grabaciones las mismas serán de propiedad de NVHC. Entiendo que tengo derecho a pedir que se detenga la grabación o filmación en cualquier momento y acepto renunciar y liberar para siempre a NVHC, sus agentes, representantes y empleados de cualquier reclamo que surja de o en relación con el uso de estas imágenes o grabaciones, incluyendo, entre otros, cualquier reclamo por invasión de la privacidad, derecho a publicidad o difamación.

**Objetos de valor y limitación de responsabilidad:** Entiendo que no debo llevar a NVHC objetos de valor (teléfono celular, dispositivos electrónicos, equipo médico, joyas, dinero, documentos irremplazables, etc.). Si decido llevar objetos de valor a NVHC, ACEPTO QUE NVHC NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS OBJETOS DE VALOR.

**Firmando abajo, indico que revisé, reconozco y doy mi consentimiento para los términos descritos arriba:**

<b>Consentimiento en persona</b>	
_____ Firma del paciente o parte responsable	_____ Fecha/Hora
_____ Nombre en letra de molde del paciente o la parte responsable si no es el paciente	_____ Relación de la parte responsable con el paciente
Teléfonos	
Casa _____	Celular _____

O

<b>Consentimiento por teléfono</b>	
_____ Nombre en letra de molde de la persona que da el consentimiento por teléfono	_____ Fecha/Hora
_____ Nombre en letra de molde del paciente o la parte responsable si no es el paciente	_____ Relación de la parte responsable con el paciente
Teléfonos	
Casa _____	Celular _____