



Colocar la etiqueta aquí

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su afección y los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento que se le sugiera después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente es para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria a fin de identificar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección que se identifique.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y los tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) otorga su consentimiento para el tratamiento en este consultorio o cualquier otra sucursal de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho de hablar acerca del plan de tratamiento con su médico, sobre la finalidad, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le indique. Si tiene alguna duda sobre cualquier prueba o tratamiento que le recomiende su médico, le recomendamos hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico o a un proveedor de nivel intermedio (enfermero, asistente médico o especialista en enfermería clínica), así como a otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, que realicen un examen médico razonable y necesario, y las pruebas y los tratamientos para la afección por la que busqué atención en este consultorio. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se lleven a cabo.

Certifico que leí y comprendí las afirmaciones mencionadas por completo y acepto plena y voluntariamente su contenido.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante personal

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Estimado paciente:

Devuelva el paquete completado, junto a las páginas que contienen las firmas, en la recepción.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Masculino Femenino

N.º de seguro social: _____

Domicilio principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: Preferencia (_____) _____

Celular Preferencia (_____) _____

Domicilio secundario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podríamos dejar un mensaje en su contestadora automática/correo de voz? Sí No

Correo electrónico: _____

¿Podríamos enviarle un correo electrónico? Sí No

Idioma de preferencia: _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Raza (marque todo lo que corresponda): Nativo americano o nativo de Alaska Asiático

Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco Otra

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia y calles transversales: _____

(Solo para uso interno)

N.º de historia clínica: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico que lo refirió a nuestra clínica (si fuera otro): _____ Teléfono: _____

Enumere a los médicos que consulta: (Incluya el n.º de teléfono):

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____) _____

Situación laboral:

Empleado/Independiente Desempleado Retirado Discapacitado

Ocupación (u ocupación anterior): _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Directivas avanzadas:

Testamento en vida Sí No Carta poder legal Sí No Orden de no resucitar Sí No

Si la respuesta es sí, favor de traer una copia.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia clínica ¿ALGUNA VEZ tuvo alguna de las siguientes afecciones?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico/dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/trastorno psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Trastorno de presión arterial/hipertensión | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar/TVP/coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Trastorno del colesterol/hiperlipidemia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular (por ejemplo, glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno urinario/renal | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad cardíaca/ Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Otros |

Especifique cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles de cualquiera de las afecciones anteriores:

Antecedentes de cirugías Especifique CUALQUIER cirugía a la que se haya sometido y la fecha aproximada.

| Procedimiento | Fecha | Complicaciones |
|---------------|-------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Tratamiento previo para el cáncer ¿Padece actualmente de cáncer? Sí No

| Tipo de cáncer | Año en que se diagnosticó | Tratamiento | Hospital/Consultorio del médico en donde recibió tratamiento |
|----------------|---------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Nombre: Dirección: Teléfono: |
| | | <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Nombre: Dirección: Teléfono: |
| | | <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia | Nombre: Dirección: Teléfono: |

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento u otras sustancias? Sí No Especifique alergias y reacciones:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lista de medicamentos

| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia |
|------------------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Toma medicamentos adicionales que no se han enumerado anteriormente? Sí No Si la respuesta es Sí, use el reverso de esta página para enumerar todos los demás.

Mantenimiento de la salud

Fecha del último examen de densidad ósea: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____

¿Alguna vez obtuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou? Sí No

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Los resultados de esa mamografía fueron normales? Sí No

Fecha de la última colonoscopia: _____ ¿Los resultados de esa colonoscopia fueron normales? Sí No

Antecedentes obstétricos

¿Está embarazada actualmente? Sí No Si la respuesta es Sí, fecha esperada de parto: _____

¿Está intentando concebir? Sí No Cantidad de embarazos: _____

Cantidad de nacimientos: _____ Cantidad de abortos espontáneos: _____

Antecedentes médicos familiares Indique cualquier afección importante, incluido cánceres, que hayan tenido sus familiares directos.

| Familiar | Afección y descripción | ¿Vive? | Si falleció, ¿a qué edad? |
|-----------|------------------------|--------|---------------------------|
| Madre | | S N | |
| Padre | | S N | |
| Hermano/a | | S N | |
| Hermano/a | | S N | |
| Hermano/a | | S N | |
| Abuelo/a | | S N | |
| Abuelo/a | | S N | |
| Otro | | S N | |

Antecedentes sociales

¿En la actualidad fuma? Sí No En caso de responder “No”, ¿fumó en el pasado? Sí No

Cantidad de años que fumó _____ Paquetes por día _____ ¿Usa otros productos a base de tabaco? Sí No

¿Consume alcohol? Sí No En caso de responder “Sí”, bebidas por semana: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Sufre violencia doméstica? Sí No ¿Se siente seguro/a en su casa? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revisión de sistemas Indique TODO lo que haya experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

General

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Sensación de cansancio | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sensación de malestar | |

Ojos

- | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | | |

Oído/Nariz/Garganta

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Ronquera | |

Corazón

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca lenta |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida | <input type="checkbox"/> Dolor, malestar o fatiga en las piernas al caminar | |

Pulmones/Respiración

- | | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al realizar esfuerzos | | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado | |

Gastrointestinal

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces |

Piel

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Cambio en lunar |
| <input type="checkbox"/> Lesiones | <input type="checkbox"/> Heridas en la piel | <input type="checkbox"/> Bulto en el seno | |

Neurológico

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Debilidad de las extremidades | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar |

Psiquiátrico

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Suicida | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad | |

Endócrino

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Sofocos |
| <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad | <input type="checkbox"/> Engrosamiento de la voz | | |

Hematológico/Linfático

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Propensión a sangrados | <input type="checkbox"/> Propensión a hematomas | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas |
|----------------------------------|---|---|---|

**AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO PARA
EL REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO**

Autorizo a The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP), para que me tome una fotografía (se podría usar cámara digital/video). Estas fotos se podrán incluir en mi registro médico electrónico de CCBD/AOP para fines de identificación y/o documentación médica.

Al firmar el presente, confirmo que he revisado este formulario de autorización para mis registros.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Paciente o garante (Firma)

Fecha

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____, solicito una copia de mi historia clínica completa de la oficina de:

Nombre y dirección del practicante

Para enviar a The Center for Cancer and Blood Disorders: (Uso interno)

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Fax/Número de teléfono

_____ Doy permiso para que envíen por fax mi historia clínica a la persona, compañía o establecimiento médico que se indica arriba. Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que al firmar esta autorización para divulgar mis registros, estoy dando permiso a The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP), a recibir copias de cualquier información relacionada con cuestiones médicas, psiquiátricas, SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, análisis de VIH, abuso de alcohol y/o drogas para la(s) persona(s) u organización. También entiendo que esta autorización se podrá revocar en cualquier momento, salvo que se hubiera interpuesto alguna acción antes de la revocación. Este consentimiento es válido indefinidamente hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

_____ AVISO LEGAL: La falta de firma del presente no me impide recibir atención.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Fecha de nacimiento del paciente

Paciente o garante (Firma)

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Marque una de las siguientes:

Otorgo mi permiso a los empleados de The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP), para divulgar mi Información de Salud Protegida a mí y a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Solicito que mi Información de Salud Protegida sea divulgada ÚNICAMENTE a mí y no a otras personas.

Entiendo que puedo revocar o cambiar este Consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento para reemplazar este.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (Firma)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SEGURO

Compañía aseguradora principal: _____

Nombre del titular principal de la póliza: _____

N.º de póliza/ID del grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan incluye la cobertura de recetas? Sí No

Compañía aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular secundario de la póliza: _____

N.º de póliza/ID del grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan incluye la cobertura de recetas? Sí No

Compañía aseguradora de la farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____

N.º de póliza/N.º de Bin: _____

Certifico que la información provista es verídica. Voy a notificar a The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP), sobre cualquier cambio en cuanto estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a CCBD/AOP sobre cualquier cambio en mi plan de seguro o podría ser responsable de costear el saldo completo de mi tratamiento.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (Firma)

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP).

Este aviso está disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepción de cualquier centro de CCBD/AOP, o si se presenta una solicitud por escrito a la oficina corporativa de The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, sita en 14543 Global Parkway, Suite 110, Fort Myers, FL 33913.

También podrá ver y/o imprimir una copia del aviso de prácticas de privacidad visitando AONcology.com/policias/CCBD_NPP.pdf

Fecha: _____

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente (Firma)

Fecha

Paciente o garante (Firma)

Fecha

ACUERDO SOBRE POLÍTICAS FINANCIERAS

Gracias por elegir a The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP), como su prestador de atención médica. Nuestros médicos están comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad.

Antes de recibir cualquier tratamiento, lea y entienda las políticas financieras pertinentes a los pacientes:

- Acepta brindarle a CCBD/AOP toda información actual y verídica relacionada con el seguro, programa de beneficios de atención médica y/o cualquier otra información del pagador, y notificarnos de inmediato si se produce algún cambio en su cobertura.
- Acepta que se le apliquen estas políticas y que podrían cambiar cada tanto, sin previo aviso.
- Usted reconoce que CCBD/AOP le facturará a su compañía aseguradora, plan o programa por los servicios proporcionados por CCBD/AOP, y acepta que está cediendo a CCBD/AOP su derecho a recibir pago o beneficios de tal compañía aseguradora o programa y autorizando que el pago se realice directamente a CCBD/AOP.
- Usted acepta que es responsable de pagar a CCBD/AOP todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables en virtud de su póliza de seguro, plan o programa. Usted entiende que el pago de estos montos se debe realizar al momento de prestar el servicio. Usted será responsable por todos los cargos de los honorarios incurridos debido a colecciones de dinero o deuda, incluidos honorarios de abogados y/o costos judiciales.
- Según su compañía aseguradora, plan o programa, algunos servicios podrían no estar cubiertos. Si su seguro no autoriza o no cubre un servicio o tratamiento y, aun así, usted decide recibir tal servicio o tratamiento, usted acepta que es responsable de pagarlo. Esto se aplica a todos los pagadores de conformidad con todas las leyes y reglamentaciones y requisitos de los pagadores vigentes (que incluye cualquier “Notificación de Beneficiario Avanzado” (ABN) que pudiera corresponder en virtud de Medicare).
- Para facilitar el pago de reclamos, para realizar trámites internos y coordinar su atención con otros prestadores de atención médica, CCBD/AOP va a usar su información personal a nivel interno y va a compartir dicha información con su compañía aseguradora y ciertos asociados comerciales de CCBD/AOP de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales vigentes.
- CCBD/AOP es propietario y opera AON Pharmacy, LLC, una farmacia especializada que ofrece ciertos productos farmacéuticos que podría recetar su médico de CCBD/AOP y podrían estar cubiertos por su programa o plan de beneficios médicos o de farmacia (como Parte B o Parte D de Medicare). Usted no está obligado a usar AON Pharmacy, LLC y podrá hacer valer sus recetas donde quiera. Sin embargo, si opta por surtir sus recetas emitidas por CCBD/AOP en AON Pharmacy, LLC, esta política y todas las demás políticas de responsabilidad financiera pertinente a los pacientes de CCBD/AOP también se aplicarán a los artículos y servicios que le provea AON Pharmacy, LLC.
- Usted reconoce que los servicios de laboratorio y/o radiología podrían ser necesarios como partes de su atención y tratamiento, que podrían ser realizados por los médicos clínicos de CCBD/AOP en sus propios establecimientos. En ciertas ocasiones, los servicios se podrían brindar en establecimientos externos, en cuyo caso, usted entiende que podrá recibir una factura aparte directamente del prestador externo.
- Si efectúa un pago a CCBD/AOP que resultara en un excedente en su cuenta (es decir, un saldo acreedor), CCBD/AOP podrá retener ese monto como un depósito para los cargos sujetos al procesamiento de reclamos en curso o cargos por servicios futuros programados, y CCBD/AOP podría aplicar el excedente para cubrir tales cargos pendientes o futuros programados. Si todavía quedara algún excedente después de aplicar todos los créditos, o si al concluir la atención por parte de CCBD/AOP todavía quedara un saldo acreedor que no está sujeto a devoluciones a su compañía aseguradora o a otro pagador, CCBD/AOP le reembolsará ese saldo acreedor a usted. No obstante, usted acepta que cualquier reembolso menor de \$10.00 se efectuará solo si usted lo solicita por escrito y, en tal caso, si no se recibe una solicitud de reembolso dentro de los cinco (5) años posteriores a la conclusión de su atención, se perderá cualquier saldo acreedor menor de \$10.00.

Al firmar a continuación, reconozco haber leído y estar de acuerdo con la política.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente (Firma)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Al firmar a continuación, autorizo a The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD), una división de American Oncology Partners (AOP), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y a AON Pharmacy, LLC (y a cualquier proveedor de servicios de mensajes de texto/correo electrónico de CCBD/AOP), para que me contacte por mensaje de texto tipo SMS o correo electrónico con el fin de recibir avisos de temas de salud, incluidos recordatorios de citas y comunicaciones de facturación.

Entiendo que podría recibir comunicaciones relacionadas con mi información (nombre y dirección de correo electrónico) por razones de marketing, incluso de parte de terceros y/o de un recurso en línea para pacientes con el fin de proporcionar comentarios con respecto a mi atención. Entiendo que se podrán aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados por CCBD/AOP según mi plan de teléfono celular.

Sé que no tengo obligación de autorizar a CCBD/AOP para que me envíe mensajes de texto y/o correo electrónico. Puedo optar por excluirme de recibir estas comunicaciones en cualquier momento respondiendo con la palabra "STOP".

Entiendo que los mensajes de texto y/o correo electrónico no reemplazan la atención médica o de un profesional.

Al firmar a continuación, indico que soy una persona legalmente responsable del uso total de las cuentas de dispositivos móviles y/o de correo electrónico, que tengo al menos 18 años de edad y que acepto todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto y de notificaciones por correo electrónico.

MARQUE LO SIGUIENTE:

- Doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto y/o correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
N. ° de celular para texto _____ Correo electrónico _____
- No doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto y/o correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar el consentimiento más adelante.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Paciente (Firma)

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Los Programas de Asistencia al Paciente están diseñados para ayudar a los pacientes elegibles mediante la entrega de apoyo financiero o de otro tipo relacionado con medicamentos recetados, dispositivos médicos o costos de bolsillo asociados a un tratamiento. La mayoría de estos programas requieren el consentimiento y la firma del paciente en los formularios de solicitud.

Para mayor comodidad, al firmar al pie, quien suscribe, el/la paciente que suscribe (o su representante legal, si corresponde), autorizo por la presente a los representantes de American Oncology Management Company, LLC, sus agentes, terceros o sus personas designadas, a completar, presentar y firmar en mi nombre dicha documentación vinculada a la solicitud y obtención de asistencia financiera.

Además, nombro a American Oncology Management Company, LLC, sus agentes, terceros o personas designadas, como mi apoderado, con el propósito limitado de que complete y firme en mi nombre la documentación necesaria para solicitar y obtener, de estar disponible, asistencia financiera para mis medicamentos, dispositivos médicos o gastos de bolsillo asociados a mi tratamiento.

Entiendo que podré revocar este poder limitado en cualquier momento comunicándome con el departamento de facturación de la American Oncology Management Company, LLC.

Reconozco que he leído y entiendo los términos y condiciones descritos anteriormente. Al firmar al pie, consiento participar en el Programa de Asistencia al Paciente tal como se describe o autorizo al representante indicado a continuación para que lo haga en nombre del paciente.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante personal

Relación con el paciente

Número de teléfono