



# Reconocimiento, Asignación y Consentimiento

(Por favor ponga sus iniciales en todas las partes y firme en la parte inferior)

Fecha de Hoy:	Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento:
---------------	-----------	----------------	----------------------

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

_____	Por la presente otorgo permiso a los profesionales de salud de UNLV Health para tratar y diagnosticar al paciente mencionado anteriormente como se considere profesional / médicamente recomendable. También doy mi consentimiento para el procedimiento que se pueda realizar como parte de mi atención médica, como procedimientos de diagnóstico, procedimientos de laboratorio u otros.
_____	Estoy enterado que UNLV Health es un programa de residencia y estoy de acuerdo que la participación supervisada de mi atención médica por residentes médicos y / o estudiantes de medicina. El supervisor de la facultad de medicina es un médico con licencia en el estado de Nevada.

## ASIGNACIÓN DE SEGURO

_____	Por la presente autorizo a UNLV Health a divulgar información necesaria para presentar y / o procesar un reclamo con mi compañía de seguros (en caso necesario).
_____	Por la presente autorizo a UNLV Health la adjudicación y pago por los servicios médicos directamente.
_____	Estoy enterado que soy responsable económicamente de todos los cargos que no sean cubiertos por mi compañía de seguros, incluidos aquellos que resulten en mi fallo para obtener referencias y / o autorizaciones necesarias de mi médico primario y / o referencias médicas cuando sean necesarias.

## USOS DE FOTOGRAFÍAS EN EL CUIDADO MÉDICO

_____	Estoy enterado que los proveedores de atención médica y UNLV Health pueden utilizar fotografías, películas u otros registros de identificación, diagnóstico, tratamiento, educación o para fines de atención médica, para cualquier otro uso será requerirá mi autorización.
_____	Estoy enterado que UNLV Health conservará los derechos de propiedad de estas fotografías, cintas de video, imágenes digitales y / u otras imágenes, así mismo, se me permitirá el acceso para verlas u obtener copias.
_____	Estoy enterado que para proteger mi privacidad, estas imágenes se almacenarán de manera segura durante el período de tiempo requerido por la ley o descrito en la política de UNLV Health.
_____	Primero, debo otorgar directamente mi autorización o través de mi representante legal antes de que los proveedores de atención médica de UNLV Health puedan utilizar las imágenes o grabaciones con fines educativos dentro o fuera de la institución; las cuales incluyan mi información personal de salud que sea identificable, incluyendo las imágenes fotográficas de rostro completo.

## MENORES

_____	Como padre/tutor del paciente menor, en el evento de que yo no pueda estar presente, autorizo a la persona(as) nombrada abajo a que acompañe a mi hijo a recibir tratamiento. Nombre _____ Parentesco: _____ Nombre _____ Parentesco: _____
_____	Como padre/tutor del paciente menor (de 16 años o más), en el evento de que yo no pueda estar presente, autorizo a UNLV Health a que provea el tratamiento médico necesario a la discreción del médico.

## PÓLIZAS DE OFICINA

_____	He recibido una copia de las pólizas de oficina de UNLV Health, incluyendo pero no limitado a la de Financiera y de Liquidación y de Reabastecimiento de Recetas.
-------	---

## NOTIFICACIÓN DE HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

_____	Estoy enterado en qué consiste el aviso de La Ley HIPAA de Prácticas de Confidencialidad, el cual describe el uso en que UNLV Health puede utilizar y divulgar mi información de atención médica para tratamiento, pago, funciones de cuidado médico y otros usos descritos y permitidos para divulgaciones. _____ He recibido una copia del Aviso de la Ley HIPAA de Prácticas de Confidencialidad
-------	--

Para uso de la oficina	_____ Paciente/Tutor se negó a firmar el aviso de prácticas de confidencialidad	_____	_____
		Firma del empleado	Fecha

<b>CERTIFICACIÓN</b>	<b>He leído y estoy enterado de la información mencionada anteriormente y estoy de acuerdo con el reconocimiento, asignación y consentimiento como indican las iniciales más arriba.</b>		Relacion al Paciente
	_____	_____	<input type="checkbox"/> uno mismo
	Firma	Fecha	<input type="checkbox"/> Padre
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Otro
	Deletrear su Nombre		_____ Especifique