

# 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 Medicine 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 Medicine 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 Medicine 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 Medicine 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 Medicine 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 Medicine 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 Medicine.

Primero, debo otorgar directamente mi autorización o través de mi representante legal antes de que los proveedores de atención médica de UNLV Medicine 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 Medicine 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 Medicine, incluyendo pero no limitado a la de Financiera y de Liquidación y de Reabastecimiento de Recetas.

**NOTIFICACIÓN DE HIPPA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Estoy enterado en qué consiste el aviso de La Ley HIPPA de Prácticas de Confidencialidad, el cual describe el uso en que UNLV Medicine 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 HIPPA 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

**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.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Deletrear su Nombre

**ATTESTATION = CERTIFICACIÓN**

**Relationship to Patient = Relacion al Paciente**

**Self = uno mismo**

**Parent = Padre**

**Other = Otro**

**Specify = Especifique**