



Consensos de la Práctica

Responsabilidad Financiera:

Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos incurridos. Por la presente, autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y entiendo que soy responsable de cualquier saldo pendiente.

Asignación de Beneficios:

El abajo firmante autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones de beneficios presentadas en nombre mío y/o de mis dependientes. Además, acepto y reconozco expresamente que mi firma en este documento autoriza a mi médico a presentar una reclamación de beneficios por los servicios prestados, y que esta firma será vinculante como si yo mismo hubiera firmado la reclamación.

Consentimiento para el Tratamiento:

Autorizo y ordeno a Vital Heart & Vein a administrarme inyecciones, extraer sangre y/o realizar cualquier otro procedimiento o tratamiento que el médico, en su mejor juicio, considere aconsejable para mi bienestar.

Reconocimiento de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad:

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Vital Heart & Vein. Nos reservamos el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en dicho aviso.

Consentimiento para Comunicación por Mensaje de Texto y Correo Electrónico:

Doy mi consentimiento para comunicarme con Vital Heart & Vein a través de mensajes de texto y correo electrónico, a menos que indique lo contrario. Acepto recibir mensajes de texto y correos electrónicos relacionados con citas, recordatorios y actualizaciones médicas básicas, reconociendo los posibles riesgos asociados con la comunicación electrónica de información médica sensible.

Política de Cancelación Tardía y Ausencia a Citas:

Para citas en la oficina, por favor notifique con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar. En caso de una segunda ausencia o cancelación tardía, podría aplicarse una tarifa de cancelación.

Para citas de pruebas médicas, el periodo de cancelación requerido es de 24 horas de anticipación. Si no se presenta o cancela tarde, se aplicará una tarifa de cancelación como se detalla a continuación:

Ecografía/Ecocardiograma/PET: \$75

Pruebas de esfuerzo nuclear: \$150

Firma del Paciente/Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Responsable

Yo mismo / Responsable
Relación con el paciente



Consentimiento para Historial de Prescripción

Doy mi consentimiento voluntario para que **Vital Heart & Vein** acceda y utilice mi historial de medicamentos recetados proporcionado por otros proveedores de atención médica o administradores de beneficios de farmacia con fines de tratamiento.

Entiendo que mi historial de recetas (que incluye, entre otros, recetas, laboratorios y otra información histórica sobre medicamentos) puede estar disponible para mis proveedores y el personal de la clínica. Esto puede incluir datos de prescripción de varios años proporcionados por médicos, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia sin relación entre sí.

Reconozco que **Vital Heart & Vein** puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para transmitir, recibir y/o acceder electrónicamente a mi historial de recetas.

Entiendo que este consentimiento será válido mientras continúe recibiendo servicios de Vital Heart & Vein, a menos que lo revoque por escrito y notifique a cada sitio de práctica que frecuento.

Certifico que he leído este formulario o que me ha sido leído en su totalidad.

Firma del Paciente/Responsable

Fecha

Nombre del Paciente/Responsable

**Yo mismo / Responsable
Relación con el paciente**