



**Ambulatory Care and/or Pre-Surgical Testing
Consent**

By signing below I consent to receive treatment and for the use and disclosure of my health information to provide treatment, arrange for my medical care, seek and receive payment for services provided to me and for the business operations of the Hospital and its staff.

I understand that with my permission, photographs/video and/or voice recordings may be taken of me and used for medical or scientific purpose such as documenting or planning my care, teaching or publication in a scientific journal. I understand that every attempt will be made to conceal my identity (name) prior to publication in a scientific journal or display of the photographs/video and/or voice recordings. I understand that the photographs/video and/or voice recordings taken to document my care may be a part of my medical record and those taken for other purposes may not be a part of my medical record.

I have been provided a copy of the SBOHCA Notice of Privacy Practices (Notice) on, or prior to this visit, and have therefore been advised of how health information about me may be used and disclosed by the Hospital and the facilities listed at the beginning of the Notice, and how I may obtain access to and control this information.

I acknowledge the receipt of the Ambulatory Care Patient Guide on, or prior to this visit.

I understand this authorization, for the use and disclosure of my health information to provide treatment, arrange for my medical care, seek and receive payment for services provided to me and for the business operations of the Hospital and its staff, may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire in 12 months from the date signed.

I also understand I may refuse to sign this form and that my health care and payment will not be affected. The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein. I may request a copy of this form after signing.

Signature of Patient or Patient Representative Date _____ Time _____

Print Name of Patient or Personal Representative Date _____ Time _____

Relationship, if signed by person other than Patient Date _____ Time _____

Signature of Witness

Print Name of Witness

Date Time _____



Consentimiento para cuidados ambulatorios y/o pruebas prequirúrgicas

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir tratamiento y para que se utilice y se divulgue la información relacionada con mi salud con el fin de que se me brinde tratamiento y se programe mi atención médica, y para que se requiera y se reciba un pago por los servicios que se me presten y por las tareas administrativas del Hospital y su personal.

Entiendo que mi permiso autoriza la posible toma de fotografías o la realización de videos y grabaciones de audio que podrían utilizarse con fines médicos o científicos tales como documentación o planificación de mi tratamiento, enseñanza o publicaciones en revistas científicas. Entiendo que se pondrá el mejor empeño para ocultar mi identidad (nombre) antes de realizar publicaciones en revistas científicas o de reproducir fotografías, videos o grabaciones de audio. Entiendo que los videos, fotografías y grabaciones de audio que se realicen para registrar mi atención médica pueden incluirse en mi historia clínica y que aquellos que tengan otros propósitos pueden no ser incluidos en la misma.

He recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de SBOHCA durante o antes de mi visita y he recibido información sobre cómo el hospital y las instalaciones nombradas al comienzo de la notificación de privacidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi estado de salud, y sobre cómo puedo obtener acceso y control sobre esta información.

Reconozco que he recibido la Guía para pacientes de atención ambulatoria durante mi visita o antes de la misma.

Entiendo que para el uso y la divulgación de información sobre mi estado de salud con el fin de proporcionar tratamiento y para que se programe mi atención médica, se reciban los pagos correspondientes por los servicios que se me proporcionen y para que se desarrollen las operaciones comerciales del hospital y su personal, esta autorización puede anularse por escrito en cualquier momento, a menos que ya se hayan realizado acciones de acuerdo con la misma. A menos que se anule, la presente autorización vencerá transcurridos 12 meses de la fecha en que se firmó.

También comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y que el pago y la atención médica que recibo no resultarán afectados. Este establecimiento, los empleados, directivos y médicos quedan eximidos de toda responsabilidad legal u obligación por divulgar la información detallada anteriormente según se indica y autoriza en la presente. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Hora

Nombre del paciente o del representante del paciente en letra de imprenta

Fecha

Hora

Relación, en caso de que firme una persona que no sea el paciente

Fecha

Hora

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Date

Time