

REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido, Primero, MI)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:
Dirección postal (si es diferente de la anterior):			
Teléfono del hogar:		Trabajo:	Móvil:
Correo electrónico:	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M ☐ F ☐
Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separados ☐ Viuda ☐ Desconocido ☐			
Carrera: Blanco ☐ Hispana ☐ Negro/Afroamericano ☐ Otros isleños del Pacífico ☐ Otro ☐ Asiático ☐ Nativo hawaiano ☐ Indio Americano ☐			
Origen étnico: Hispano/Latino ☐ No hispano/latino ☐ Otro ☐			Lengua:
Contacto preferido: Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil ☐		Mensaje de dejar: Sí ☐ No ☐	
Permitir recordatorio de cita: En caso afirmativo, elija un método: Llamada ☐ De texto ☐ No ☐			
Médico de Atención Primaria:		Médico de referencia:	
Nombre/Dirección/Teléfono de la Farmacia:			

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador:		Número de teléfono:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA

El paciente es el Asegurado:	Sí ☐	No ☐	(si no se completan los campos Asegurados a continuación)	
Nombre asegurado:			Relación con el paciente:	
Dirección del asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Teléfono de casa asegurado:		Trabajo:		Móvil:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Sexo Asegurado: M ☐ F ☐			SSN asegurado:
Nombre del empleador asegurado:			Número de teléfono del empleador asegurado:	
Dirección del empleador asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Seguro Primario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
Seguro Secundario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
Seguro Terciario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito de este aviso: Para describir cómo se utiliza su información médica, a quién se divulga y cómo obtiene acceso a ella.

Stony Brook Community Medical como proveedor de atención médica está autorizado por ley a recopilar, usar y divulgar su "información médica protegida" o registro médico con fines de tratamiento, pago, operaciones comerciales internas o según lo exija la ley para fines de marketing.

Usted tiene ciertos derechos, incluyendo el acceso a su información y cierto control sobre quién tiene acceso a su información.

Stony Brook Community Medical, PC acepta cumplir con los términos de este aviso, pero se reserva el derecho de cambiar los términos en cualquier momento. En caso de que lo hagamos, se lo notificaremos por escrito.

Uso y divulgación de información médica protegida (PHI): Cuando usted firma un formulario de consentimiento para ser tratado, su información médica protegida se utiliza para tratarlo, para facturarle a usted o a su compañía de seguros por su atención y para tomar decisiones sobre cómo proporcionar servicios de atención médica para usted, su familia y la comunidad que cuidamos. Usted médico, personal de oficina y otros fuera de Stony Brook Community Medical es decir, su aseguradora se les permite el acceso a esta información.

Algunos ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida son para:

- Tratamiento por su médico
 - Aplicación de la ley
 - Compensación de los trabajadores
 - Recordatorios de citas
 - Pago por su tratamiento por usted o su seguro
 - Reportar eventos adversos de medicamentos o dispositivos médicos a la FDA
- Notificación de riesgos para la salud
 - Respuesta a procedimientos judiciales
 - Donación de órganos o tejidos
 - Forenses, directores funerarios
 - Stony Brook Community Medical para determinar si satisfacemos las necesidades de nuestros pacientes

Cualquier otro uso y divulgación no especificado requiere una autorización, incluso con fines de marketing y divulgaciones que constituyan la venta de PHI.

Derechos del Paciente:

- A. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida mientras el grupo mantenga su registro.
*La ley de NYS nos permite cobrarle una tarifa de 75 centavos por página

B. Usted tiene derecho a restringir o limitar el uso de su información médica protegida que utilizamos para el tratamiento, el pago u operaciones.
*Stony Brook Community Medical se reserva el derecho de denegarle el tratamiento en caso de que restrinja el uso de su información médica protegida para el tratamiento, el pago u operaciones, a menos que la restricción solicitada se relacione con las divulgaciones a un plan de salud y la Información de salud protegida se relacione con un servicio de atención médica o artículo que haya pagado en su totalidad y fuera de su bolsillo.

C. Puede restringir la divulgación de su información de salud a familiares o amigos a menos que tengan su ssion de permición escrita o verbal.

D. Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones hechas de su información médica.
*Su solicitud debe presentarse por escrito, especificando fechas y períodos de tiempo desde hace seis años a partir de hoy, siempre y cuando los eventos en cuestión ocurrieron después del 12 de abril de 2003.

E. Usted tiene derecho a modificar su información médica protegida.
*Para modificar su información de salud, su solicitud debe ser dada por escrito junto con una razón para hacerlo. Su solicitud puede ser denegada si la información originó outside Stony Brook Community Medical, PC.

F. as Usted tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales siempre y cuando se haga por escrito
- *Por ejemplo, puede especificar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo, en casa o por correo, etc.

G. Usted tiene derecho a recibir notificaciones cada vez que se produzca una violación de su PHI no segura.

Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja, que será enviada a nuestro Oficial de Cumplimiento.

Acuse de Recibo de
Stony Brook Community Medical's Prácticas de Privacidad

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stony Brook Community Medical. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

Imprimir nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para la divulgación de información médica del paciente a una segunda parte

*Autorizo la divulgación de mi Información de salud del paciente a mi
(Escriba el (los) nombre (s) de todos los que correspondan)*

Esposo/a, _____ Ph: _____
Miembro de la familia, _____ Ph: _____
Amigo, _____ Ph: _____
Servicios de salud para escuelas / universidades, _____ Ph: _____
Otro, _____ Ph: _____

Al firmar a continuación, reconozco que esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Escriba en letra de imprenta el padre/madre/ tutor: _____



Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que Stony Brook Organized Health Care Arrangement (enumerado en el anexo A) (conocido como SBOHCA) (incluidos sus agentes) acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada Healthix. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. Healthix es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos para mejorar la calidad de la atención de salud y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley HIPAA [Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud], con los requisitos de las leyes federales en materia de confidencialidad, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], y con la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de Healthix en www.healthix.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.
☐ 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que SBOHCA acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix para brindarme cuidados de atención de salud.
☐ 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que SBOHCA acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en Healthix a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de Healthix, podré hacerlo a través del sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando a Healthix al 877 -695-4749.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Healthix y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de Healthix. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:
 - Problemas de abuso de alcohol o drogas
 - Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades mentales
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Medicación y dosis
 - Información sobre el diagnóstico
 - Alergias
 - Informes sobre la historia de uso de sustancias
 - Observaciones clínicas
 - Informes sobre altas hospitalarias
 - Información laboral
 - Composición familiar
 - Apoyo social
 - Registros clínicos sobre reclamos
 - Pruebas de laboratorio
3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted.** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En Healthix podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder a una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org, o llamando al 877-695-4749.
4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento.** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de Healthix con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, o llame a SBOHCA al 518-474-4987 o por correo electrónico al hipaa@stonybrookmedicine.edu; o visite el sitio en Internet de Healthix, www.healthix.org; o llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que cambie su opción de consentimiento, en el caso de un menor de edad, hasta que cumpla 18 años de edad, o hasta que Healthix deje de funcionar o hasta 50 años después de su muerte, lo que ocurra primero. Si Healthix se fusiona con otra Entidad Calificada, sus opciones de consentimiento seguirán siendo efectivas con la entidad recién fusionada.
9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de Healthix mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.



EXHIBIT A
MEMBERS OF THE SBOHCA

Las siguientes entidades son miembros de la SBOHCA

1. Stony Brook University Hospital, incluye:
 - Stony Brook Children's Hospital
 - Stony Brook Southampton Hospital
 - Stony Brook Eastern Long Island Hospital
2. Corporaciones de Práctica de la Facultad Universitaria. Para revisar la lista de todos los proveedores participantes, visite la siguiente página web
<https://www.stonybrookmedicine.edu/locations>
3. SB Comunidad Médica, PC. Para revisar la lista de todos los proveedores participantes, visite la siguiente página web
<https://www.stonybrookmedicine.edu/community-medical/practices>
4. Meeting House Lane Medical Practice, PC



AD2N547



Stony Brook
Medicine

Stony Brook, NY 11794

ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

Acuerdo Financiero/Garantía de Pago: Yo, el paciente o persona responsable abajo firmante, asumo la responsabilidad total por el pago a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations por los cuidados y tratamientos del paciente cuyo nombre aparece en este formulario.

Entiendo que esto incluye pagos de costos compartidos al proveedor (incluyendo los copagos y los deducibles) por los cuidados y tratamientos, según lo dispuesto en el contrato y los beneficios del seguro de salud del paciente. Entiendo que el paciente es responsable de garantizar que se obtengan todas las autorizaciones y aprobaciones exigidas por su compañía de seguro. En caso de no obtener la aprobación previa en el momento requerido o de que se haya denegado la autorización, soy totalmente responsable por todos los cargos que no pague la compañía de seguro, según lo especificado en las disposiciones de mi contrato y en la medida permitida por la ley.

Entiendo que soy responsable de proporcionar información correcta al proveedor sobre: contactos, datos demográficos, seguro de salud y otra información pertinente solicitada para la facturación de los servicios del hospital/profesional y que debo notificar al proveedor a la brevedad posible sobre cualquier cambio en esta información. Acepto proporcionar cualquier otra información razonablemente solicitada por el proveedor con el fin de facturar los cuidados y el tratamiento proporcionados.

Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre mis facturas, puedo llamar a los siguientes números:

- 631-444-4151 por Cuentas de Pacientes/Facturación del Hospital
- 631-444-4800 por Facturación de Médicos del Plan de Gestión de Práctica Médica (Clinical Practice Management Plan, CPMP)

Divulgación de Información: Doy mi consentimiento para la divulgación parcial o total de mi historia clínica, incluido mi número del Seguro Social, a compañías de seguros, organismos gubernamentales y otros responsables de pago externos, con el objetivo de que se le reembolsen a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations los fondos correspondientes a mi atención. También entiendo que es posible que mi número de seguro social se entregue al Departamento de Salud de Nueva York de acuerdo con los requisitos de informe de incidentes y otros requisitos regulatorios hospitalarios del Estado de Nueva York, a los fabricantes de dispositivos médicos y a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration/FDA) con el propósito de realizar el seguimiento de dispositivos médicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida, ya que entiendo que esto es necesario para tratar mi condición, obtener el pago para mi tratamiento y llevar a cabo las operaciones necesarias para el cuidado de mi salud.

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria y Cesión General

Divulgación de Información al Médico de Atención Primaria: Autorizo al personal de Stony Brook University Hospital y de University Faculty Practice Corporations a divulgar información relacionada con mi atención médica a mi médico de atención primaria (PCP) a los efectos de la continuidad de mis cuidados de salud. Entiendo que esto incluirá información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Cesión General: Por la presente transfiero, cedo y traspaso a Stony Brook University Hospital/University Faculty Practice Corporations suficientes fondos y/o beneficios que me correspondan de agencias gubernamentales, compañías de seguro u otros que sean responsables, desde el punto de vista financiero, de mi hospitalización y atención médica para cubrir los costos del cuidado y el tratamiento que me fueron brindados a mí o a mi dependiente.



AD2N547

ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

**La siguiente sección corresponde SOLO a pacientes de Medicare.
Los pacientes que firman este formulario y tienen Beneficios de Medicare
entienden que se incluye esta información para su firma.**

MEDICARE

Cesión de Beneficios de Medicare: Certifico que la información por mí suministrada en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que cuente con información médica o de otro tipo acerca de mi persona a divulgar a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o a sus intermediarios o compañías de seguro, cualquier información necesaria para este o para cualquier reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre directamente al médico u organización que proporciona los servicios. Cedo, transfiero y traspaso todos los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico o a la organización y los autorizo a presentar un reclamo ante Medicare en mi nombre.



AD2N547

ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad

Aceptación de las Prácticas de Confidencialidad: Declaro que he recibido una copia del Acuerdo Organizado de Atención Médica de Stony Brook y de la Notificación de Prácticas de Confidencialidad conjuntas y que he recibido información sobre cómo el hospital y las entidades nombradas al comienzo de la notificación de confidencialidad utilizarán y divulgarán la información acerca de mi condición, y sobre cómo puedo obtener acceso a esta información y control sobre la misma. También reconozco y entiendo que puedo solicitar información adicional sobre protección de privacidad especial para otras áreas como información relacionada con el VIH, salud mental y asesoramiento genético. He recibido la Notificación de Prácticas de Confidencialidad Conjunta en una fecha, o en una visita previa, no anterior al 14 de abril de 2003.

He leído y entendido todo el documento. Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y entiendo que puedo hacer más preguntas en cualquier momento.

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 el presente.
Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmar.

X

Firma del paciente (o del representante)

Relación (si quien firma no es el paciente)

Hora

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Cargo o relación con el paciente

X

Firma del testigo

Hora

Fecha

Mi firma indica que apruebo lo relacionado a mi atención y tratamiento por parte de University Faculty Practice Corporations (UFPCs), detalladas a continuación:

Stony Brook Anaesthesiology, UFPC

Stony Brook Children's Service, UFPC

Stony Brook Dermatology Associates, UFPC

Stony Brook Emergency Physicians, UFPC

Stony Brook Family and Preventive Medicine, UFPC

Stony Brook Internists, UFPC

Neurology Associates of Stony Brook, UFPC

New York Spine & Brain Surgery, UFPC

University Associates in Obstetrics & Gynecology, UFPC

Stony Brook Ophthalmology, UFPC

Stony Brook Orthopaedic Associates, UFPC

Stony Brook Pathologists, UFPC

Stony Brook Psychiatric Associates, UFPC

Stony Brook Radiation Oncology, UFPC

Stony Brook Radiology, UFPC

Stony Brook Surgical Associates, UFPC

Stony Brook Urology, UFPC



AD2N547

**ACUERDOS PARA PRÁCTICAS MÉDICAS
(AGREEMENTS FOR PHYSICIAN PRACTICES)**

**Documentación sobre Intérprete o Asistencia Especial
(Documentation of Interpreter or Special Assistance)**

Se han utilizado los servicios de un intérprete o asistencia especial para obtener el consentimiento del paciente, según se detalla a continuación (An interpreter or special assistance was used to obtain consent from this patient as follows):

- ☐ Idioma extranjero (*especifique*)
Foreign Language (*specify*) _____
- ☐ Problemas de visión
Visually Impaired
- ☐ Otro (*especifique*)
Other (*specify*) _____
- ☐ Lenguaje de señas
Sign Language

Persona que prestó el servicio de interpretación o asistencia especial _____
(Interpretation or special assistance provided by) (Complete el nombre del/de la intérprete y el cargo o relación con el paciente)
(Fill in name of interpreter and title or relationship to patient)

X		
Firma del testigo Signature of Witness	Hora Time	Fecha Date

Consentimiento Verbal (Verbal Consent)

Cuando se presta consentimiento verbal, ya sea por teléfono o en persona, la persona que da el consentimiento/acuerdo/reconocimiento o rechazo debe indicar claramente su nombre, fecha de nacimiento y relación con el paciente. Esto queda claramente documentado en el formulario general de consentimiento y acuerdos.
(When verbal consent is given, whether by telephone or in person, the person giving consent/agreement/acknowledgment or refusal clearly states their name, date of birth and relationship to the patient. This is documented clearly on the general consent and agreements form.)

Yo/I, _____, confirmo que mi nombre está escrito correctamente/verify my name as stated.
(Nombre/Name)

Mi dirección es/My address is _____, _____, _____, _____, _____, _____. Mi número de teléfono es/
(Dirección/Street Address) (Ciudad, pueblo, aldea/City, Village, Hamlet)

My phone number is _____, mi fecha de nacimiento es/my date of birth is _____

y mi relación con el paciente es/and my relationship to the patient is _____

Además, dos miembros del personal que trabajan en cualquiera de las instalaciones de Stony Brook Hospital actúan como testigos de todos los consentimientos verbales, ya sea por teléfono o en persona.
(Further, all verbal consent, whether by telephone or in person is witnessed by two staff members working at any of the campus locations of Stony Brook Hospital.)

	X		
Nombre del testigo 1 en letra de imprenta Print Name of Witness 1	Firma del testigo 1 Signature of Witness 1	Hora Time	Fecha Date
	X		
Nombre del testigo 2 en letra de imprenta Print Name of Witness 2	Firma del testigo 2 Signature of Witness 2	Hora Time	Fecha Date



**CONSENTIMIENTO GENERAL
PARA TRATAMIENTO CON
PRÁCTICAS AMBULATORIAS**

Mi firma a continuación indica que acepto y comprendo el:

1. **Consentimiento General para Tratamiento:** Doy mi consentimiento para que

(nombre de la unidad médica)

y su personal, médicos y otros profesionales (denominados, en forma conjunta, la "Unidad médica") lleven a cabo la atención médica, las pruebas, los procedimientos y otros servicios que la Unidad médica considere necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Comprendo que este consentimiento tendrá una validez de un (1) año.

2. **Servicios de Telehealth:** Comprendo que puedo optar por recibir ciertos servicios por Telehealth y que debería informar a mi médico en caso de estar interesado en esta opción.

3. **Responsabilidad por la Atención del Paciente:** Entiendo que mi atención está a cargo de un médico y que él/ella puede asignar a otros médicos, profesionales y miembros del personal cuando se considere apropiado para que me brinden atención. También entiendo que, dado que la Unidad médica es una institución educativa, es posible que estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y de otras ramas observen o asistan en mi atención, bajo las indicaciones de mi médico u otros miembros del personal.

4. **Fotografías/Videos/Grabaciones de Audio:** Entiendo que es posible que me tomen fotografías o se realicen videos o grabaciones de audio (en adelante, las "Grabaciones") que podrían utilizarse con fines médicos, tales como documentación o planificación de mi tratamiento, así como para enseñanza o control de calidad. Entiendo que los videos, las fotografías y las grabaciones de audio que se realicen para registrar mi atención médica son parte de mi historia clínica y que aquellos que tengan otros propósitos no lo son. En la medida que dichas Grabaciones me identifiquen, entiendo que se me conferirán las mismas protecciones de confidencialidad de las que goza el resto de mi información sobre salud.

He leído en detalle y comprendido este formulario de consentimiento, y se me han respondido todas las preguntas.

Firma del Paciente: X **Fecha:** _____