

Memorial Cancer Center

Bienvenido

Como es paciente nuevo queremos asegurarnos de que esta familiarizado con las normas de la clínica. Estas normas nos ayudan a cuidar de usted y de las otros pacientes que atendemos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en realizarla. Con gusto se la responderemos.

- En la consulta de esta PROHIBIDO EL USO DE PERFUME ODE OLORES de cualquier tipo. No use nada que tenga fragancia porque las olores pueden causar que algunos pacientes sientan nauseas.
- Todas las recetas son surtidas en 72 horas. No habra excepciones, asi que planifique con anticipación.
- La atención en la clínica es con cita previa. Nose le atendera sin cita.
- Los medicos en esta clínica no llenan solicitudes para canabis de uso medico.
- Esta terminantemente prohibido fumar en esta clínica y en el hospital, asf como en toda el area del hospital. Si usted tiene un olor intenso de tabaco o marihuana es posible que no-se le atienda.
- No se permiten las armas.
- El llenado o procesamiento de las documentos toma CINCO (5) dias habiles antes de poder ser recogidos.
- No puede faltar a sus citas y debe notificarle a la consulta si tiene que cambiar la fecha de la cita. Si pierde mas de dos (2) citas sin previo aviso, puede causar que ya nose le acepte coma paciente de esta clínica.
- Las enfermeras estan disponibles de lunes a viernes de 8:00. a.m. a 5.00 p.m. Se le devolvera la llamada, casi siempre, el mismo dfa. Llame solo una vez. Si se que esta teniendo una emergencia, infórmenos que esta yendo a la Sala de Emergencias (*Emergency Room*).
- Sise le hospitaliza, pidale al medico del hospital que nos contacte.
- Si llega mas de 15 minutos tarde a su cita, esta podra ser reprogramada.
- El llegar mas temprano a su cita esto no significa que se le atendera mas temprano que la hara en que su cita esta programada
- Notifique al personal de la recepción si ha tenido algun cambio en su seguro medico, dirección o numero de telefono.
- A todos las pacientes del VA o Triwest: Verifiquen que su autorización esta al dfa.
- Trate de usar lo menos posible su telefono celular cuando' este viendo al medico.

Atentamente,

Lynn Fletcher, RN, BSN

Directora del Programa Oncologico de la clínica

575-521-1554

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas -- Memorial Cancer Center

¿Necesitó intérprete? No Sí De ser sí, ¿para qué idioma?: _____
 ¿Barreras de aprendizaje? No Sí Describa: _____

Escriba el nombre de su médico de cabecera, enfermero(a) facultativo(a) (NP), asociado(a) médico (PA), cirujano, subespecialistas (por ejemplo, del corazón, riñón, gastrointestinal, cáncer, sangre, pulmones y tiroides):

¿Quiere información sobre el documento de voluntad anticipada (advanced directives), cuidados paliativos (end of life care) o soporte vital (life support) si usted deja de respirar o si su corazón se detiene? No Sí De ser sí, notifique a la trabajadora social

¿Está interesado(a) en recibir información sobre estudios de investigación que le podrían ofrecer un nuevo tratamiento para su enfermedad? Sí No

¿Tiene alergia a algún medicamento, comida o al ambiente? De ser sí, haga una lista y describa la reacción: _____

¿Toma algún medicamento? Escriba todos los medicamentos de venta con receta, de venta sin receta, vitaminas o medicamentos herbarios o alternativos (o anexe una lista) _____

¿Ha tenido alguna cirugía? De ser sí, ¿cuál cirugía? ¿Cuándo se realizó? ¿Dónde se realizó? Escriba todas: _____

Antecedentes médicos: (por ejemplo, diabetes, presión alta, enfermedad del corazón, hígado, riñones o tiroides, derrame cerebral, artritis, dolor crónico, EPOC, asma, etc.)

Estilo de vida:

¿Alguna vez ha fumado tabaco? Sí No
 ¿Cuántas cajetillas al día? ____ ¿por cuántos años? ____
 Si dejó de fumar, ¿cuándo fue su último cigarrillo? _____
 ¿Alguna vez ha masticado tabaco? Sí No
 ¿Aún lo hace? Sí No
 ¿Ha fumado cigarrillos electrónicos o vapeado? Sí No
 ¿Aún lo hace? Sí No
 ¿Toma alcohol? Sí No
 ¿Cuántas cervezas, tragos o vino toma en un día? ____ una semana? ____ un mes? ____
 Si toma alcohol, ¿alguna vez:
 ha sentido la necesidad de tomar menos? Sí No
 se ha enojado cuando lo critican por tomar? Sí No
 se ha sentido culpable por tomar? Sí No
 ha tenido una bebida temprano en la mañana "para abrir los ojos"? Sí No
 Si dejó de tomar alcohol ¿cuándo fue su última bebida? _____
 ¿A qué sustancias ambientales dañinas ha estado expuesto(a)? (por ejemplo, asbesto, agente naranja, insecticidas)

 ¿Qué drogas consume o ha consumido? (por ejemplo, cocaína, heroína, metanfetamina, marihuana) _____
 ¿Cuándo fue la última vez? _____

Ejercicio o actividad física:

¿Qué actividades realiza? _____
 ¿Cuántas veces a la semana y cuántos minutos al día? _____

Salud preventiva:

Última colonoscopia: ____ Resultados: ____ Próxima: ____
 ¿Alguna vez ha tenido una EGD? ____ Resultados: ____ Próxima: ____
 Última revisión de piel con su médico de cabecera o dermatólogo

 ¿Alguna vez ha tenido una biopsia de seno? Sí No
 Resultados: _____
 ¿Alguna vez ha tenido un examen de próstata? Sí No
 Resultados: _____ Fecha del último PSA _____
 ¿Usted y su pareja usan métodos anticonceptivos? Sí No
 ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos? _____

Antecedentes familiares: (indicar vivo o fallecido; edad actual; edad de diagnóstico del cáncer y tipo de cáncer para cada uno, si apropiado) Padre _____ Madre _____ Hermanos (as) Total ___/___ Hermano(s)___ Hermana(s)___

Historia clínica para consulta inicial o interconsulta - Revisión por aparatos y sistemas -- Memorial Cancer Center

<p>Sistema de apoyo: Estado civil: <i>(haga un círculo alrededor de la respuesta)</i> Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) En pareja ¿Vive solo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, ¿quiénes viven con usted? _____ ¿En quién confía para recibir apoyo o ayuda? _____ ¿Tiene transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene un lugar donde quedarse en Las Cruces? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de trabajo hace o hacía? _____ ¿Tiene hijos(as) vivos(as)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ ¿Quién puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda? _____</p>		<p>Para MUJERES: Último Pap o examen ginecológico: __ Resultados: __ Próximo: __ Última mamografía: _____ Resultados: _____ Próxima: _____ ¿Está o puede estar embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de su último periodo menstrual _____ Duración del periodo menstrual _____ Edad de la primera menstruación: _____ Número de embarazos: _____ Número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as): _____ Edad durante el primer parto: _____ Número de niños(as) vivos(as): _____ ¿Toma o alguna vez ha tomado Hormonas en pastillas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Planea tener hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
<p>General: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Ha bajado recientemente de peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> De ser sí, ¿cuánto? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____ Sudoración excesiva durante la noche <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Fatiga/disminución del nivel de energía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> De ser sí, describa: _____</p>	<p>Neurológico: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sensación de piquetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sensación de desmayo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tensión en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Presión en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos adicionales o palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Presión arterial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Hinchazón en las piernas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	
<p>Dolor: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> ¿Está sintiendo dolor ahora? De ser sí, en una escala del 1 al 10, donde 10 es el peor dolor imaginable, ¿qué número le daría? ____/10 ¿Dónde está ubicado el dolor? _____ ¿Cómo describiría el dolor: agudo, sordo, constante? _____ ¿El dolor se mueve o se queda en un solo lugar? _____ Si el dolor se mueve, ¿a qué parte del cuerpo se mueve? _____ ¿Qué aumenta el dolor? _____ ¿Qué disminuye el dolor? _____ Cambio de posición <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Medicamento para el dolor <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>Hematológico/Endocrino <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sangra o le salen moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Control de la diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sensación de calor o frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Ojos, boca, oídos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Visión doble o pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor de muela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Congestión de senos paranasales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Genitourinario: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Problemas para orinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cambio en el color <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Urgencia para orinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dificultad para empezar a orinar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Chorro débil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	
<p>Gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acidez o agruras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas para pasar saliva o alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diarrea (¿cuántas deposiciones al día?) _____ Sí <input type="checkbox"/> Hinchazón abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Respiratorio: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuando se mueve <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Productiva <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Color de la flema _____ Problemas para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Piel: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Caída del cabello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cambio encolor de la piel/salpullido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Bulto, tumor, engrosamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	
<p>Psicológico: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Ha pensado o tenido ganas de hacerse daño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>Musculoesquelético: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Hinchazón o rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor en los huesos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> De ser sí, ¿dónde? _____</p>	<p>Sexualidad: Preferencia de género _____ Cambios en la función sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sexualmente activo(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tipo de método anticonceptivo _____ Problemas en los senos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Para mujeres: ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Fecha de su último periodo menstrual _____ Duración del periodo menstrual _____ ¿Algún sangrado no menstrual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	

Firma del paciente o cuidador _____ Fecha _____ Hora _____

Firma del profesional médico _____ Fecha _____ Hora _____

Centro de Oncología de Memorial Medical Center
Información del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____

Otro nombre que utiliza: _____

Diagnóstico: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de teléfono: (Casa): _____ (Trabajo): _____

(Celular): _____

Correo Electrónico: _____@_____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

SEGURO PRIMARIO: (Por favor de presentar su tarjeta de seguro médico)

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO SECUNDARIO: (Por favor de presentar su tarjeta de seguro médico)

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información de Médico(a): (nombre completo, domicilio y número telefónico NECESARIO)

Razón de referencia: Cáncer Hematología Otra

Doctor Primario: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de su oncólogo anterior: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Memorial Medical Cancer Center

Medical Oncology & Hematology

PHARMACY OF CHOICE

Please select one or write in

CVS	940 N Main St (Picacho)
CVS	3011 N Main St (Elks)
Sam's Club	2711 N Telshor Blvd
Sav-On Pharmacy	1285 El Paseo Rd
Sav-On Pharmacy	2551 E Lohman
Sav-On Pharmacy	2501 N Main
Walmart	3331 Rinconada Blvd
Walmart Neighborhood	150 N Sonoma Ranch Blvd
Walmart	1550 S Valley
Walmart	571 S Walton Blvd
Walgreens	3990 E Lohman (Roadrunner)
Walgreens	3100 N. Main
Walgreens	2300 E Lohman (near Walmart)
Walgreens	3375 Rinconada Blvd (Northrise)
Walgreens	1256 El Paseo Rd
Walgreens	2700 W Picacho Ave
Other:	
Specialty / Mail-in Pharmacy:	

Do you have a separate pharmacy insurance card? If yes, please provide it to the front office staff. Thank you!

CONSENTIMIENTO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Fecha: _____

Yo, ____, entiendo mis derechos como paciente y la función que toman mis proveedores para asegurar mi privacidad.

Esta carta es para informar al personal de permiso de MMC Cancer Center para permitir el acceso de personas siguientes a mi información médica:

Nombre	teléfono #	relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Impreso Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Memorial Cancer Center

Medical Oncology & Hematology
2530 S. Telshor Blvd. Suite 107
Las Cruces, NM 88011
Phone: 575-521-1554
Fax: 575-556-1754

AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTES DE OTROS
MEDICOS Y DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Esta autorización es para OBTENER expedientes de otros médicos y de otros profesionales de la salud. Por favor de llenar toda la información requerida; sin dejar nada en blanco. Escriba el nombre completo y la dirección de las personas o instituciones de quienes requiere expedientes.

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Mis expedientes médicos serán abiertos con el propósito de: _____

Por favor especifique la información que UD. Desea remitir.

A. Expedientes de hospitalización, paciente externo o servicios de emergencia referentes al estado, enfermedad o lesión siguiente: _____

_____ que ocurrió el (fecha exacta o aproximada) _____

B. Expedientes médicos del periodo que va del: _____ hasta el _____

C. Documentos específicos necesarios:

Caratula de admisión

Reporte de Patología

Reporte de Rayos -x

Reporte de Alta

Aporte de consulta

Electrocardiogramas

Historial físico

Ordenas/Notas de Progreso

Reporte de Urgencias

Reporte de Operación

Reporte de Laboratorio

Archivo completa

Otra: _____

D. Expedientes médicos de referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas o para enfermedades mentales, emocionales o trastornos de la conducta y/o AIDS y/o HIV. En autorización en ceder información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, entendiendo que tengo el derecho de examinar y obtener copias de estos expedientes medico por ceder. (N.M Stat. Ann § 43-1-19). Si el paciente es menor de edad, él y un representante legalmente autorizado debe firmar.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legalmente autorizado: _____ Fecha: _____

Esta autorización podrá obtenida después de la fecha que la autorización fue firmada no será remitida. Esta autorización podrá ser revocada por el firmante en cualquier momento en cuanto primero notifique por escrito al individuo o institución de donde expedientes fueron requeridos. Estoy de acuerdo que al esta autorización, no tendrá efecto en cualquier información que MMC Cancer Center haiga remitido antes de recibir mi noticia por escrito para revocar esta autorización. Estoy de entendido que puedo recibir tratamiento medico en Memorial Medical Center aunque no haiga firmado una autorización para remitir mis expedientes médicos.

Yo autorizo proveer la información indicada a MMC Cancer Center. En apoyo de esta autorización, por el presente documento, renuncio a las provisiones legales refrene a la acceso de expedientes médicos autorizada aquí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente no puede firmar, diga porque: _____

Firma del representante legalmente autorizado: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ firma del testigo: _____ Fecha: _____

POR FAVOR DIRIJA SU CORRESPONDENCIA A:

MMC Cancer Center
2530 S. Telshor Blvd. Suite 107
Las Cruces, NM 88011
Phone: 575-521-1554
Fax: 575-556-1754 or 855-715-7897

Fax 575-556-1754
Tel 575-521-1554



**AUTORIZACIÓN PARA REMITIR INFORMACIÓN
PROCEDENTE DE LA HISTORIA MÉDICA**

NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
SEGURO SOCIAL # _____
PT. ACCT. # _____

Esta autorización es para que MMC Cancer Center pueda remitir expedientes médicos. Escriba el nombre completo y la dirección de las personas o instituciones a quienes se les cederán los expedientes. Por favor llene toda la información requerida; sin dejar nada en blanco.

Envíelos a _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Por la presente autorizo a MMC Cancer Center que haga accesible mi historia médica a la persona o personas o a la compañía nombrada antes, para revisión, examinación de copias de expedientes médicos tal como sean solicitados.

Mis expedientes médicos serán abiertos con el propósito de: _____

Por favor especifique la información que usted desea remitir.

A. Expedientes de hospitalización, paciente externo o servicios de emergencia referentes al estado, enfermedad o lesión siguiente: __

B. Expedientes médicos del periodo que va desde el _____ hasta el _____

C. "Expedientes médicos de referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas o para enfermedades mentales, emocionales o trastornos de la conducta y/o AIDS y/o HIV. En autorización en ceder información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, entendiendo que tengo el derecho de examinar y obtener copias de estos expedientes médicos por ceder. (N.M. Stat. Ann § 43-1-19). Con la excepción de los expedientes psiquiátricos, si el paciente es menor de 14 años de edad, el y un representante legalmente autorizado debe firmar. A lo menos debe haber una firma en esta sección en todos casos".

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Esta autorización será considerada invalida después de 6 meses o 60 días para los expedientes médicos referentes al tratamiento para abuso de alcohol o drogas, desde la fecha en que fue firmada. Información médica obtenida después de la fecha que la autorización fue firmada no será remitida. Esta autorización podrá ser revocada por el firmante en cualquier momento en cuanto primero notifique por escrito a MMC Cancer Center. Mande la revocación a: MMC Cancer Center 2530 Telshor Blvd Suite 107., Las Cruces, NM 88011-5076.

Estoy de entendido que puedo recibir tratamiento médico en MMC Cancer Center aunque no haya firmado una autorización para remitir mis expedientes médicos.

En apoyo de esta autorización, por el presente documento, renuncio a las provisiones legales referentes a la cesión de expedientes médicos autorizada aquí.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Si el paciente no puede firmar, diga por que _____

Firma del representante legalmente autorizado _____ Fecha _____

Relación de el paciente _____ Firma del Testigo _____ Fecha _____

Se prohíbe a quienes reciban estos expedientes que divulgen cualquier información contenida en ellos.

Authorization For Releasing Information
821-030SFMC (New 05/19) Page 1 of 1



ROIAUTHS



USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

Memorial Cancer Center

RECONOCIMIENTO DE HIPAA, CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLÍTICA FINANCIERA

- I. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Por la presente otorgo consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) necesarios o recomendables. Por la presente consiento a que se lleven a cabo todos los procedimientos de enfermería y técnicos y los estudios que indique(n) mi(s) médico(s). Entiendo que mis cuidados médicos podrían requerir la obtención de muestras de mi cuerpo, incluyendo fluidos o tejidos. Esto incluye si hubiera que extraer sangre o remover tejidos durante las pruebas, tratamiento o intervenciones quirúrgicas. Además, entiendo que si alguien de entre el personal médico u alguna otra persona(s) se hubiera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se analizará mi sangre para detectar infecciones de transmisión hemática, Hepatitis C y VIH/SIDA entre otras. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y admito que no se me han dado garantías con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes. Tengo derecho a rehusar que se me hagan estudios o tratamientos (dentro de lo permitido por la ley) y a que me digan lo que pudiera suceder si lo hago. Tengo derecho a que no me saquen fotografías ni videos a no ser que yo dé mi consentimiento, excepto lo necesario para mi tratamiento. Es mi intención que este consentimiento permanezca en vigor incluso después de que se haya llegado a un diagnóstico concreto y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en plena vigencia hasta que se revoque por escrito.
- II. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos emplear y divulgar información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En el Aviso hay una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Reconocimiento. Los términos del Aviso podrían cambiar; si cambiamos el aviso, usted puede solicitar una copia de la versión revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina o recibirá el nuevo aviso la siguiente vez que lo traten en nuestra oficina. La Clínica provee este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente entiende que:

Iniciales
del
paciente

- La clínica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la posibilidad de revisar este aviso.
- La información de salud protegida se puede divulgar o emplear para fines de tratamiento, pago o actividades sanitarias.
- La clínica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad.

Doy permiso para que se divulgue mi Información Protegida de Salud para comunicar los resultados, conclusiones, y decisiones de cuidados médicos a las personas enumeradas a continuación. Favor de tener en cuenta que esto no autoriza a estas personas a obtener copias de mis expedientes médicos sin una autorización mía completa y válida.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO

- III. ELECCIÓN DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a la Clínica a que provea una copia del expediente de mi tratamiento médico y un resumen del expediente de cuidados a mi(s) médico(s) de cabecera, a mi(s) médico(s) especialistas y/o a cualquier otro proveedor de cuidados de salud o centros de salud para facilitar mi tratamiento y la continuidad de cuidado. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial relacionada con el VIH e información acerca de enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o de la dependencia de drogas o alcohol, información acerca de la salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información de pruebas genéticas, y/o información sobre abortos. El resumen de los cuidados consiste en información de mi expediente médico e incluye, entre otras cosas, información acerca de procedimientos y pruebas de laboratorio llevados a cabo en este episodio de mi cuidado, mi plan de tratamiento, una lista de mis problemas actuales y pasados, y mi lista actual de medicamentos. Entiendo que puedo, pidiéndolo por escrito a la Clínica, revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence automáticamente un año después de la fecha en que termine el episodio de tratamiento actual.
- IV. PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIO(S) DE INFORMACIÓN DE SALUD:** Puede ser que las leyes estatales y federales permitan que esta Clínica participe en organizaciones con otros profesionales médicos, aseguradores, y/u otros miembros de la industria de cuidados de salud y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan unos con otros información acerca de mi salud para alcanzar objetivos que podrían incluir, entre otras cosas: mejorar la precisión y disponibilidad de mis expedientes médicos; acortar el tiempo necesario para acceder a mi información; consolidar y comparar mi información para mejorar la calidad; y cualquier otro motivo que permita la ley. Por este medio autorizo a la Clínica a proveer una copia de mi expediente médico, o partes del mismo, a cualquier intercambio o red de información de salud en el cual participe la Clínica y a cualquier otro participante en dicho intercambio o red de información de salud con vistas al tratamiento, pago, atención médica, y los objetivos mencionados antes, y en conformidad con los términos del convenio de participación de ese intercambio o red de información de salud. La lista completa de intercambios y/o redes de información de salud en los cuales participa la Clínica se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en la página web de la Clínica, y esta lista se pondrá al día de vez en cuando, cada vez que la Clínica participe en nuevos intercambios o redes de información de salud. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial acerca VIH y otra información sobre enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o dependencia de drogas o alcohol, información acerca de salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información sobre pruebas genéticas, y/o información acerca abortos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence cuando se revoque.
- V. COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO:** Si en algún momento doy una dirección de correo electrónico o de mensajes de texto donde se me pueda contactar, estoy dando consentimiento a recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo entre otras cosas comunicados sobre facturación y pago de artículos y servicios, a menos que notifique a la Clínica lo contrario por escrito. En esta sección, las llamadas y mensajes de texto incluyen, entre otras cosas, mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos telefónicos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto, o mediante cualquier otra forma de comunicación electrónica de la Clínica, sus filiales, contratistas, prestadores de servicios, proveedores de servicios clínicos, abogados, o agentes, incluidas las agencias de cobro. La Clínica se puede poner en contacto conmigo por correo electrónico y/o por mensaje de texto para recordarme una cita, para pedir comentarios sobre mi experiencia con el equipo de salud de la Clínica y para mandarme recordatorios o información sobre salud en general.

VI. POLÍTICA FINANCIERA: El abajo firmante, en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar a la Clínica conforme a sus tarifas y términos normales, y si la factura se envía a un abogado o agencia de recaudación, a pagar honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudación. El abajo firmante por la presente transfiere a la Clínica todos los beneficios del seguro por los servicios prestados.

- La Clínica mandará el cobro al seguro como cortesía hacia usted; sin embargo, usted es responsable de la factura completa. **Todos los copagos, deducibles no pagados, y otros servicios que son responsabilidad del paciente se deberán pagar en el momento de la visita.** Si su compañía de seguros aplica los cargos facturados a su deducible, deniega los servicios, o considera que los servicios no están cubiertos, usted es responsable del pago del servicio. **Si no tiene seguro, se espera que pague la factura completa al momento de la visita.**
- En caso de que su compañía de seguros no pague el reclamo en un plazo razonable (45-60 días), usted podría ser responsable de la factura. Si no se recibe pago del garante en un tiempo razonable, o si nos devuelven el correo por no poderse entregar, le pasaremos su factura a una agencia de cobros independiente.
- Si su plan de seguro requiere una remisión o autorización previa, debe presentarla junto con su identificación del seguro en cada visita. Si no tiene la remisión al llegar a la cita, usted es responsable del pago de la visita.
- A los cheques rechazados se les impondrá un sobrecargo. Podría cobrarse una cuota por citas a las que no acuda.

VII. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, Y SOLICITUDES DE PAGO: Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de salud a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras para el pago de reclamos de Medicare, o a la agencia estatal adecuada para el pago de reclamos de Medicaid. Certifico que la información que di al solicitar pago bajo Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios asignados.

Acuso recibo del Formulario de Reconocimiento y Consentimiento. También reconozco que se me ha dado oportunidad para hacer preguntas.

Nombre del paciente o representante en letra de imprenta

Firma del paciente o representante

Fecha

Relación al paciente (si no es el paciente): _____

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

Marque si el paciente decidió no llevarse una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Indique el motivo de la negativa, si lo conoce:

Firma del Testigo (empleado)

Nombre del testigo (empleado) en letra de imprenta

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Lea detenidamente y firme las autorizaciones, permisos y acuerdos necesarios para que podamos proceder con la atención y el tratamiento ordenados por su médico.

- 1. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HOSPITAL:** Entiendo que la atención que recibe el paciente es dirigida por su(s) médico(s) adjunto(s), y doy mi consentimiento para recibir todos los servicios de hospital que sean apropiados para mi atención y según lo ordene(n) mi(s) médico(s).
- 2. EDUCACIÓN MÉDICA:** Entiendo que, como parte de los programas de educación médica, los residentes, internos, estudiantes de medicina, de enfermería u otros estudiantes y aprendices pueden observar, examinar, dar tratamiento y participar con supervisión en mi atención.
- 3. CERTIFICACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE:** Certifico que es correcta la información que proporcioné cuando solicité el pago según el Título XVIII o XIX de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) (Medicare). Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que tengo la responsabilidad de cubrir el deducible de Medicare, el coseguro, los días de reserva de por vida, si corresponde, y el 20 % del coseguro de la Parte B correspondiente a honorarios profesionales. Por el presente, cedo irrevocablemente al hospital y a todos los proveedores médicos que me atiendan en el hospital el pago de toda hospitalización y beneficios médicos correspondientes y que, de otro modo, serían pagaderos a mí. A menos que el contrato del seguro establezca lo contrario, la certificación previa es, en última instancia, responsabilidad del paciente.
- 4. ACUERDO FINANCIERO:** Yo, el abajo firmante, en contraprestación por los servicios que recibirá el paciente, asumo la obligación de pagar al hospital oportunamente, de acuerdo con los cargos enumerados en la descripción completa de cargos del hospital y, si corresponde, según las políticas sobre pago con descuento y atención de beneficencia del hospital, así como las leyes estatales y federales. Si lo solicito, el hospital puede proporcionar una estimación razonable de los cargos por artículos y servicios basada en la descripción completa de cargos del hospital. Si alguna cuenta es remitida a un abogado o agencia para cobro, convengo en pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. Entiendo que, como cortesía para mí, el hospital puede enviar la factura a la compañía de mi seguro o al plan de beneficios médicos, pero no tiene obligación de hacerlo. Entiendo y acepto que, salvo cuando la ley lo prohíbe, la responsabilidad financiera de los servicios prestados me corresponde a mí, el abajo firmante. También entiendo que la obligación de pagar al hospital no puede ser diferida por ningún motivo, incluidas las acciones legales pendientes contra terceros para el cobro de gastos médicos. El hospital determinará si una cuenta se considera morosa debido a falta de pago del saldo y cuándo ocurre la morosidad. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, entre otros, el radiólogo, patólogo, médico de urgencias, anestesiista, hospitalista y demás, facturarán sus servicios separadamente.
- 5. EL HOSPITAL COMO REPRESENTANTE:** De forma irrevocable, cedo y transfiero al hospital todos los derechos, beneficios y demás intereses relacionados con algún plan de seguros, plan de beneficios médicos (incluido el plan de beneficios médicos patrocinado por un empleador) u otras fuentes de pago de mi atención. Esta cesión incluirá ceder y autorizar el pago directo al hospital de todos los beneficios del seguro y el plan de salud pagaderos debido a esta hospitalización o a estos servicios ambulatorios. Convengo en que el pago que hagan las compañías de seguro o el plan al hospital, de conformidad con esta autorización, cumplirá con las obligaciones en la medida de ese pago. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen de acuerdo con esta cesión, en la medida permitida por las leyes estatales y federales. Acepto cooperar y tomaré todas medidas solicitadas razonablemente por este hospital para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión. Asimismo, por el presente, autorizo al hospital, o a la persona que el hospital designe, para que actúe en mi nombre en todo conflicto que surja con organizaciones de atención administrada, programas de salud del Gobierno, planes de seguro o planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador en relación con los beneficios que ofrecen. Esta autorización incluye específicamente la facultad de presentar apelaciones en mi nombre debido a una denegación de beneficios y de actuar como mi representante en dichas apelaciones.
- 6. CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS Y MENSAJES DE TEXTO POR CELULAR:** Si en algún momento proporciono un número de teléfono celular para poder ser contactado, doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto, así como comunicaciones relacionadas con la facturación y el pago de artículos y servicios, a menos que yo notifique lo contrario al hospital por escrito. En esta sección, las llamadas o los mensajes de texto incluyen mensajes pregrabados y de voz artificial, dispositivos de marcado telefónico automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto u otra forma de comunicación electrónica del hospital, afiliados, contratistas, proveedores de servicios, proveedores médicos, abogados o sus representantes, y agencias de cobranza.
- 7. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO:** Si, en algún momento, proporciono una dirección de correo electrónico para poder ser contactado, doy mi consentimiento para recibir del hospital en esa dirección instrucciones para el alta, estados de cuenta, facturas, material de promoción sobre servicios nuevos y recibos de pago, a menos que yo notifique lo contrario al hospital por escrito.
- 8. PACIENTES AMBULATORIOS DE MEDICARE:** Medicare no cubre los medicamentos con receta, salvo algunas excepciones. De acuerdo con los reglamentos de Medicare, usted tiene la responsabilidad de pagar todos los medicamentos que reciba como paciente ambulatorio y que cumplan la definición de Medicare de medicamento con receta. Estos medicamentos se denominan comúnmente fármacos autoadministrados, ya que son autoadministrados por lo general, pero pueden ser administrados por el personal del hospital. Medicare exige que los hospitales facturen estos medicamentos a los pacientes de Medicare o a los terceros a cargo del pago. Los beneficiarios de la Parte D de Medicare pueden facturar a la Parte D de Medicare a fin de recibir un posible reembolso de estos medicamentos de acuerdo con el material de inscripción del plan de medicamentos de Medicare.
- 9. CONSENTIMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES:** Para protección contra posibles enfermedades de transmisión por sangre, como la hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida, entiendo que puede ser necesario o médicamente indicado que se me realicen análisis de sangre mientras sea paciente del hospital si, por ejemplo, un empleado del hospital se pica con una aguja mientras extrae sangre, se salpica con sangre o se hace una herida con un escalpelo y queda expuesto a mi sangre. Entiendo que tanto mi sangre como la del empleado serán sometidas a análisis para detectar una posible infección de las enfermedades antes mencionadas. Se mantendrá la confidencialidad de los resultados de los análisis tanto de empleados como de pacientes según lo dispuesto por las leyes.

Consent for Services and Financial Responsibility(Spanish)
892-050 (Rev. 06/18, 8/22, 6/12/23) Page 1 of 3



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

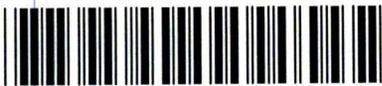
10. **RELACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS Y DEMÁS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Entiendo que todos o la mayoría de los proveedores de atención médica que proporcionan servicios en este hospital son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del mismo. La mayoría de los médicos y cirujanos que me proporcionan servicios, entre otros, radiólogos, patólogos, médicos de urgencias, anestesiistas, hospitalistas y demás, son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del hospital. Asimismo, la mayoría de los auxiliares médicos (PA, *Physician Assistants*), enfermeras practicantes (NP, *Nurse Practitioners*) y enfermeras autorizadas para aplicar anestesia (CRNA, *Certified Registered Nurse Anesthetists*) son contratistas independientes y no empleados, ni representantes, ni agentes del hospital. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones, y el hospital no asumirá ninguna responsabilidad por las acciones u omisiones de ninguno de ellos. Entiendo que puedo pedir a un empleado, representante o agente del hospital que verifique si un proveedor de atención médica es empleado del hospital o contratista independiente.

Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi médico adjunto. El hospital y su personal de enfermería tienen la responsabilidad de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano tiene la responsabilidad de obtener mi consentimiento informado, cuando se exija, para el tratamiento médico o quirúrgico, los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico especial, o los servicios de hospital que yo reciba de acuerdo con las instrucciones generales y especiales de mi médico.

Entiendo que estos médicos que ofrecen atención en este hospital pueden ser proveedores NO PARTICIPANTES en mi plan de seguro y que me facturarán sus servicios profesionales separadamente de la factura del hospital.

11. **OPCIÓN DE TRANSMITIR ELECTRÓNICAMENTE INFORMACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN, TRANSFERENCIA O ALT:** Doy mi autorización para que el hospital proporcione una copia de la historia clínica de mi tratamiento, el resumen del alta y un resumen del expediente de atención a mi(s) médico(s) de atención primaria, médico(s) especialista(s) o a todos los proveedores o establecimientos de atención médica indicados en los documentos de mi alta para facilitar mi tratamiento y la continuidad de los cuidados. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y otra información sobre enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionada con abortos provocados. El resumen del expediente de atención consiste en la información de mi historia clínica, entre otra, la información acerca de los procedimientos y los exámenes de laboratorio realizados durante esta internación, mi plan de atención, una lista de mis problemas actuales y pasados, y la lista de mis medicamentos actuales. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito dirigida al responsable de la privacidad (*Privacy Officer*). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. La presente autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que mi tratamiento actual termine.
12. **OPCIÓN DE PARTICIPAR EN LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD:** Por el presente documento, autorizo al hospital a proporcionar una copia de mi historia clínica, o partes de esta, a todo intercambio o red de información sobre la salud (*health information exchange / network*) en los que participe el hospital y demás participantes en dicho intercambio o red para operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud, y de conformidad con los términos del acuerdo de participación en ese intercambio o red de información sobre la salud. En el Aviso de prácticas de privacidad, que se encuentra en el sitio web del hospital, se puede consultar la lista completa de las redes o los intercambios en los que participa el hospital. Esta lista puede ser actualizada en ocasiones, así como cuando el hospital participe en nuevos intercambios o redes de información sobre la salud. El hospital participa en el intercambio LifePoint Health Information Exchange, el cual es administrado por los socios comerciales del hospital indicados en el Aviso de prácticas de privacidad, entre otros, LifePoint Corporate Services General Partnership. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y otra información sobre enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionada con abortos provocados. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito dirigida al responsable de la privacidad (*Privacy Officer*). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. Esta autorización vencerá cuando sea revocada.
13. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Entiendo el Aviso de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) que recibí y que contiene una descripción más completa acerca de los usos y las divulgaciones de la información sobre mi atención médica.
14. **PREFERENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU INCLUSIÓN EN EL DIRECTORIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL:** Recibí información acerca de que, a menos que yo me oponga, el hospital puede usar el directorio de las instalaciones para informar a las personas que visitan o llaman, si preguntan por mí por nombre, cuál es mi ubicación en las instalaciones y mi estado general de salud. Los miembros del clero también pueden recibir esta información, así como la de mi afiliación religiosa.
- No deseo que mi nombre, ubicación dentro del hospital y estado general de salud sean incluidos en el directorio de las instalaciones.
15. **OPCIÓN DE SOLICITAR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con la Sección 60 del Título VI, el hospital tiene el compromiso de garantizar que todos los pacientes cuenten con acceso equitativo a la atención médica. Para ello, es posible usar o solicitar servicios de interpretación sin cargo para el paciente.
16. **DERECHOS DEL PACIENTE:** Recibí una copia de los Derechos del paciente (*Patient Rights*). Entiendo estos derechos y, si tengo más preguntas, consultaré con el personal de enfermería.
17. **CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN:** Doy mi consentimiento para fotografías, imágenes de video y / o monitoreo / grabaciones de audio, ya que pueden usarse para documentar la atención al paciente, la seguridad o para fines de operaciones de atención médica. Por la presente, doy mi consentimiento para el uso de dichas tecnologías en el curso de mi tratamiento y condición médica y entiendo que dichas grabaciones pueden mantenerse como parte de mi registro médico.
18. **CONFIRMACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA:** Entiendo que no tengo la obligación de firmar un documento de voluntad anticipada (*Advance Directive*) como condición para recibir tratamiento médico en este establecimiento. Entiendo que, en la medida en que la ley lo permita, este establecimiento de atención médica y las personas responsables de mi cuidado respetarán los términos del documento de voluntad anticipada firmado por mí.
- Firmé un documento de voluntad anticipada.
- No firmé un documento de voluntad anticipada.
- Desearía establecer mi voluntad anticipada y recibir más información sobre el tema.

Consent for Services and Financial Responsibility(Spanish)
892-050 (Rev. 06/18, 8/22, 6/12/23) Page 2 of 3



CONSERV

 **Memorial
Medical Center**
Las Cruces, NM

USE LABEL OR PRINT PATIENT ID HERE

