

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL EXAMEN Y TRATAMIENTO DE RUTINA – MÉDICO**

*Se requiere completar este formulario para todos los pacientes que buscan evaluación y tratamiento por parte del Consejo de Oficios Hoteleros de Nueva York y la Asociación de Hoteles de la Ciudad de Nueva York, Inc. - Centro de Salud Inc. ("Centro de Salud").*

Estoy buscando atención médica y tratamiento para (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, del Centro de Salud y doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios de atención médica, que pueden incluir tratamiento médico de rutina o pruebas para el diagnóstico que serán proporcionadas por profesionales de la salud con licencia y otro personal. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes por parte del Centro de Salud. Reconozco que este consentimiento incluye todas las futuras citas y la atención prestada, y que no es necesario un consentimiento adicional a menos que revoque este consentimiento por escrito. Entiendo que este consentimiento general se aplica a cualquier procedimiento o tratamiento de rutina, como la administración de medicamentos, inyecciones, vacunas, extracciones de sangre, pruebas de laboratorio, examen del cuerpo y otros procedimientos de rutina.

Doy mi consentimiento para que se fotografíen y/o graben en video las partes apropiadas de mi cuerpo o el del paciente, que sean pertinentes para mostrar mi condición física o el paciente, con fines médicos, científicos o educativos, siempre que se tomen precauciones razonables para ocultar mi identidad o la del paciente.

Autorizo al Centro de Salud a acceder a todos los medicamentos recetados que he surtido dentro de las Farmacias de nuestro Centro de Salud, así como a los que se surtieron fuera de las Farmacias de nuestro Centro de Salud, conectándome a los datos del historial de medicamentos según lo informado a través de los Administradores de Beneficios de Farmacia externos, o de otra manera, con fines de coordinación de la atención.

Autorizo al Centro de Salud a acceder a mis Registros de Salud Electrónicos de Mount Sinai Health System Epic Care Link (ECL) para atención de rutina y de emergencia. También doy mi consentimiento para que el Centro de Salud comparta mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con otros proveedores de atención médica a través de CommonWell y el Registro de Vacunación de la Ciudad.

Entiendo que mis registros pueden incluir información confidencial, como tratamiento para alcohol/drogas, tratamiento psiquiátrico/de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y/o información genética. Tengo el derecho de optar por no recibir la recuperación de Mount Sinai Health System ECL o compartirla a través de CommonWell y el Registro de Vacunación de la Ciudad mediante una notificación por escrito en cualquier ubicación de Funds Health Center, por correo electrónico a HIM@HotelFunds.org o por fax al (212) 237-3008. Entiendo que optar por no participar puede afectar la continuidad de mi atención.

Opciones de consentimiento:

- Doy mi consentimiento para que el Centro de Salud recupere mi PHI de Mount Sinai Health System ECL.
- Doy mi consentimiento para que el Centro de Salud comparta mi PHI a través de CommonWell y el Registro de Vacunación de la Ciudad.

El Centro de Salud brinda servicios de telesalud, que incluyen evaluación, tratamiento, diagnóstico y educación, utilizando comunicaciones interactivas de audio y video. Confirmando que he sido informado de los riesgos, beneficios y alternativas de participar en los servicios de telesalud. Entiendo que las sesiones/servicios de telesalud no se grabarán sin mi consentimiento. Acepto recibir servicios de telesalud proporcionados por el Centro de Salud, utilizando tecnología de telesalud que cumple con HIPAA.

**NEW YORK HOTEL TRADES COUNCIL &  
HOTEL ASSOCIATION OF NEW YORK CITY, INC.  
HEALTH CENTER, INC.**

Medical Record No.: \_\_\_\_\_

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Print: Last Name, First Name

Entiendo que puedo hacer preguntas a mi/a los proveedores de atención médica y a otro personal con respecto a cualquier aspecto de mi/el diagnóstico o los tratamientos de mi/el paciente que no entiendo.

*Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído / (o me han leído a mí) y entendido completamente la información enumerada anteriormente.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Firma de la fecha del paciente*

**Representante personal autorizado para firmar solo si el paciente es menor de edad o un adulto que carece de capacidad para dar su consentimiento en su propio nombre.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma del representante personal autorizado Escriba en letra de molde el apellido, nombre y apellido**

**Indique su relación con el paciente y proporcione una copia de cualquier documentación requerida para verificar su autoridad para firmar en nombre del paciente:**

Padre

Custodio legal (Se debe incluir una copia de la orden judicial que nombra al custodio en el registro del paciente).

Tutor legal (Se debe incluir una copia de la orden judicial que nombra al tutor en el registro del paciente).

POA (Se debe incluir una copia del Poder Notarial Duradero para Decisiones de Atención Médica en el expediente del paciente).

Agente de Atención Médica (Se debe incluir una copia del formulario de Poder de Atención Médica en el registro del paciente).

TESTIGO: Yo, \_\_\_\_\_, soy un empleado adulto del Centro de Salud y doy fe de que una persona autorizada ha firmado este formulario.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del testigo Fecha

***Preguntas y quejas***

***Si tiene inquietudes sobre violaciones de privacidad o no está de acuerdo con las decisiones relacionadas con el acceso a su información médica, enmiendas, restricciones o para la comunicación confidencial, comuníquese con nosotros a <https://www.hotelfunds.org/contact-us/> atención del Oficial de Privacidad.***

***Para obtener información adicional sobre su privacidad y derechos, visite <https://www.hotelfunds.org/privacy-hipaa/>.***