

Name/Nombre: _____ DOB/ Fecha de Nascimento: _____

Autorización para Tratamiento

Al firmar abajo, autorizo y consiento el examen, diagnóstico y tratamiento por parte de los proveedores médicos y/o dentales y otros profesionales de la salud de Finger Lakes Community Health.

Entiendo que:

1. **Naturaleza del Tratamiento:** Consiento voluntariamente a todos los servicios de atención médica, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos diagnósticos de rutina, tratamientos médicos o dentales, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y otros procedimientos que el proveedor de atención médica considere necesarios o aconsejables.
2. **Derecho a Rechazar:** Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento en cualquier momento durante mi atención.
3. **Información del Proveedor:** Puedo ser atendido por diferentes proveedores de atención médica de Finger Lakes Community Health, incluyendo médicos, asistentes médicos profesionales, enfermeros especializados, dentistas y otros profesionales calificados.
4. **Servicios de Telemedicina:** En algunos casos se puede utilizar tecnología de telemedicina para proporcionar servicios, y consiento recibir dichos servicios si corresponde. Marque aquí si no desea usar este servicio
5. **Atención de Emergencia:** En caso de una emergencia, se me puede proporcionar atención médica inmediata sin consentimiento previo, según lo permita la ley.
6. **Herramientas de Escucha Ambiental e Inteligencia Artificial** – Su médico podría utilizar herramientas informáticas inteligentes (IA o Escucha Ambiental) que escriben lo que usted dice durante su visita. La computadora escucha y toma notas para que su médico no pase por alto ningún detalle importante. Más tarde, su médico revisará estas notas antes de que formen parte de su historial médico. Marque aquí si no desea usar este servicio
7. **Grabación de Llamadas** - Entiendo que Finger Lakes Community Health graba todas las llamadas para asegurar su calidad, y para fines de capacitación y cumplimiento. Estas grabaciones se mantienen confidenciales y están protegidas bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y todas las demás leyes de privacidad aplicables. Entiendo que puedo negarme a que mis llamadas sean grabadas y puedo solicitar métodos alternativos de comunicación. Mi negativa a dar consentimiento no afectará mi capacidad para acceder a los servicios. Marque aquí si no desea usar este servicio
8. **Terminación de Servicios:** Puedo ser dado de baja de los servicios médicos, dentales y/o de planificación familiar en cualquiera de las instalaciones de Finger Lakes Community Health por cualquiera de las siguientes razones:
 - Falta persistente a las citas programadas
 - Comportamiento abusivo
 - Rechazo persistente a seguir el consejo médico
 - Falta de pago por los servicios

Derechos del Paciente:

- Reconozco que se me ha informado sobre mis derechos como paciente de esta instalación, incluyendo mi derecho a recibir atención considerada y respetuosa y a ser informado sobre mis opciones de tratamiento.
- Reconozco que recibí la Carta de Derechos del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad, que detallan mis derechos respecto a la atención médica y la privacidad de mi información de salud en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales, incluyendo HIPAA. También reconozco que puedo solicitar una copia de ambos documentos en cualquier momento y que puedo acceder a una copia publicada en el área de recepción de cualquier centro de salud de Finger Lakes Community Health.
- Entiendo que, si en algún momento no estoy de acuerdo con recibir servicios a través de alguno de los métodos mencionados— como la Telemedicina, la Inteligencia Artificial o la Escucha Ambiental—puedo revocar mi consentimiento para ese método específico por escrito y entregarlo en un centro de Finger Lakes Community Health.

Firmas - Paciente (o Padre/Tutor si es Menor):

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, he tenido la oportunidad de hacer preguntas, entiendo y estoy de acuerdo con los términos descritos en esta Autorización para Tratamiento. Este consentimiento permanecerá válido mientras sea paciente de Finger Lakes Community Health.

Nombre del Paciente/Padre/Tutor

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha