**Formulario de consentimiento y acuse de recibo\***

Doy mi consentimiento para que Alliance Medical Group use mi información de salud protegida o la divulgue a cualquier persona u organización a los efectos de brindarme tratamiento, obtener el pago o llevar a cabo determinadas operaciones de atención médica. La información de salud protegida que Alliance Medical Group use o divulgue podría incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica y otra información de salud mental, e información sobre tratamiento por consumo de drogas y alcohol, siempre y cuando dicha información se use o divulgue de conformidad con la ley de Connecticut y la ley federal, que puede exigir que usted proporcione una autorización específica. Comprendo que la información sobre el modo en que se usará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de prácticas de privacidad. Comprendo que este consentimiento estará vigente mientras Alliance Medical Group conserve mi información de salud protegida.

**Consentimiento para comunicaciones: Llamadas telefónicas y mensajes de texto\***

Se comprende y acepta que Alliance Medical Group o sus agentes autorizados pueden comunicarse conmigo o con un representante que yo designe, mediante los números de contacto o de teléfono celular que yo le proporcione, o que estén disponibles por cualquier otro medio. Acepto expresamente que Alliance Medical Group se puede comunicar conmigo a dichos números por teléfono, mensajes de voz pregrabados y mensajes de texto, y que puede usar un sistema de marcado telefónico automático o una voz artificial pregrabada.

Esta autorización expresa se aplica aunque mi plan de telefonía móvil me cobre por la llamada. Acepto que dicho contacto no será “indeseado” a los efectos de la ley local, estatal o federal. Además, acepto que Alliance Medical Group o sus agentes autorizados pueden monitorear o grabar las comunicaciones que tengan conmigo.

Al firmar abajo, comprendo y acuso recibo de lo siguiente:

* He leído y comprendo este Consentimiento.
* He recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Waterbury Health que actualmente está en vigencia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de imprenta Fecha de nacimiento del paciente Firma del paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del representante legal en letra de imprenta Firma del representante legal Fecha

**Relación con el paciente:** □ Padre/madre □ Tutor legal □ Poder de representación □ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta sección la debe completar un miembro de la fuerza de trabajo de AMG:**

Si no se puede obtener el consentimiento y el acuse de recibo por escrito:

□ La persona se negó □ Otro motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Se brindó tratamiento en una situación de emergencia

□ La persona no puede firmar por incompetencia u otro motivo médico