



### **Patient Consent and Notification Record**

<b>Patient's name/</b> El nombre del paciente:	<b>MRN:</b>
<b>Date of birth/</b> La fecha de nacimiento:	<b>Today's date/</b> Fecha :

**By signing my name electronically, I authorize and acknowledge the following:**

#### **1. CONSENT TO TREATMENT**

I hereby authorize the Institute for Family Health to administer such medications and immunizations and to perform such diagnostic procedures as may be necessary for proper health care to myself and/or my child.

#### **2. ASSIGNMENT OF BENEFITS**

I hereby authorize the Institute for Family Health to release any information acquired in the course of my examination or treatment for insurance claims; and I authorize payment directly to the Institute for family Health of the surgical/medical benefits, if any, otherwise payable to me for their services. I understand I am financially responsible for all charges not covered by this authorization and guarantee payment of this account.

#### **3. ACKNOWLEDGMENT OF DOCUMENTS RECEIVED**

I acknowledge that I have been given the following notices, as required by state and federal regulations. I understand that if I would like a paper copy of any of these notices, I can request one at my health center:

- New York State Patient's Bill of Rights (Last updated 2/2019)
- The Institute for Family Health Notice of Privacy Practices (Last updated 10/2019)
- The Institute for Family Health Summary Policy on Advance Directives (Last updated 4/18/2012)
- Patient's Responsibilities (Last updated 10/9/2013)
- How to Pay for Your Care (Last updated 11/2019)

\_\_\_\_\_  
*Document Signed by (print full name)*

\_\_\_\_\_  
*Relationship to Patient*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Patient or Legal Representative*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**(The second page of this document contains identical information, written in Spanish.)**



## Consentimiento del Paciente y Registro de Notificación

<b>Patient's name/</b> El nombre del paciente:	<b>MRN:</b>
<b>Date of birth/</b> La fecha de nacimiento:	<b>Today's date/</b> Fecha :

Al firmar mi nombre electrónicamente, yo autorizo y acepto lo siguiente:

### **1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo al Institute for Family Health a que administre dichos medicamentos y vacunas y a que haga dichos procedimientos de diagnóstico que sean necesarios para un cuidado de salud adecuado para mí y/o mi hijo/a.

### **2. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por la presente autorizo al Institute for Family Health a liberar cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen médico o tratamiento con fines de reclamos de seguro médico; y autorizo el pago directamente al Institute for Family Health de los beneficios quirúrgicos/médicos, si los hubiera, de otra manera pagados a mí por sus servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta autorización y garantizo el pago de esta cuenta.

### **3. RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS RECIBIDOS**

Reconozco que se me han dado los siguientes avisos, como según lo exigen las reglas estatales y federales. Entiendo que, si quisiera una copia en papel de cualquiera de estos avisos, puedo solicitar una en mi centro de salud:

- Derechos de los Pacientes en el Estado de Nueva York (Última revisión 2/2019)
- Aviso de Prácticas de Privacidad del Institute for Family Health (Última revisión 10/2019)
- Resumen de Políticas de Declaración de Voluntad Anticipada del Institute for Family Health (Última revisión 4/18/2012)
- Responsabilidades del Paciente (Última revisión 10/9/2013)
- Como Pagar la Atención Médica (Última revisión 11/2019)

\_\_\_\_\_  
*Documento firmado por (escribe nombre completo)*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

(La primera página de este documento contiene información idéntica escrita en inglés.)