

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

N.º de HC: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Seg. Social: _____ Idioma de preferencia: _____

Dirección primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

¿Podemos dejarle mensajes de voz?: Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos escribirle por correo electrónico? Sí No

Motivo de su cita: _____

Derivado por: _____ N/C

Origen étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Raza: Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano

Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico Blanco Otro: _____

Médico de cabecera: _____ **Teléfono:** (____) _____

Médico que lo deriva (en caso de ser otro médico): _____ Teléfono: (____) _____

Especifique otros médicos que visite (incluya el teléfono):

_____ Teléfono: (____) _____

_____ Teléfono: (____) _____

_____ Teléfono: (____) _____

_____ Teléfono: (____) _____

Nombre de farmacia: _____

N.º de teléfono de la farmacia e intersecciones: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Vínculo: _____ Teléfono: (____) _____

¿Hay alguna persona que le gustaría tener como su contacto primario/de emergencia respecto de su atención médica?

Sí No Si responde "Sí", indique su nombre: _____

Vínculo: _____ Teléfono: (____) _____

¿Tiene: una instrucción anticipada sobre atención médica*? Sí No

un documento de voluntades anticipadas? Sí No

una orden de no resucitar? Sí No un apoderado para decisiones médicas? Sí No

*Si responde "Sí", proporcione estos documentos.

Historia médica personal

¿Alguna vez un médico/profesional de la salud le dijo que tenía cáncer? Sí No

Tipo de cáncer diagnosticado: _____ Año: _____

Médico de tratamiento: _____

Tratamiento previo para el cáncer y fecha (si corresponde):

Radiación _____ Quimioterapia _____ Inmunoterapia _____

Cirugía _____ Terapia hormonal _____ Terapia dirigida _____

Otro: _____

Transfusiones de sangre

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí No Si responde "Sí", ¿tuvo alguna reacción? Sí No

Fecha de la última transfusión de sangre: _____

¿Tiene restricciones religiosas que le impiden aceptar transfusiones de sangre? Sí No

Medicamentos anteriores: _____

Marque los elementos que correspondan a su persona (actuales o del pasado):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> ERGE/Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma/Cataratas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Infarto agudo de miocardio | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/Reflujo | <input type="checkbox"/> Neumonía/Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Problemas con la anestesia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Hernia de hiato | <input type="checkbox"/> Síndrome de Reynaud |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis de hígado | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad/Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata | <input type="checkbox"/> Lupus-Autoinmune | <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis) |
| <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Linfoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Depresión mayor | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |

Antecedentes ginecológicos:

Edad en la que comenzó a menstruar: _____ Última menstruación: _____

Duración y frecuencia del ciclo: _____ Antecedente de sangrado anormal: Sí No

Edad de la paciente durante el primer embarazo (si corresponde): _____ ¿Amamantó? Sí No

Edad de menopausia (si corresponde): _____ Última prueba de Papanicolaou: _____

¿Se ha sometido a terapia de reemplazo hormonal? Sí No ¿Ha tomado anticonceptivos? Sí No

Ginecólogo: _____ Teléfono: (_____) _____

Síntomas

GENERAL

- Cambio en el apetito
- Cambio de peso
- Fatiga
- Debilidad generalizada
- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Resfriados frecuentes

Ojos

- Anteojos/Lentes de contacto
- Cambio en la visión
- Dolor ocular
- Visión doble

Oídos, nariz, boca, garganta

- Problemas de audición
- Sangrado de nariz
- Problemas en senos paranasales
- Goteo posnasal
- Problemas dentales
- Llagas bucales, en lengua o labios
- Ronquera
- Dolor de garganta
- Sangrado de encías

Corazón

- Dolor de pecho
- Latido irregular
- Soplo
- Pies o tobillos hinchados

Pulmones

- Tos persistente
- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- Respiración sibilante
- Producción de esputo o flema
- Dificultad para respirar cuando está acostado

Musculoesquelético

- Dolor articular/Artritis
- Debilidad muscular o articular
- Dolor de espalda
- Dolor de huesos
- Dolores musculares

Genitourinarios

- Micción excesiva durante la noche
- Micción excesiva durante el día
- Inicio o finalización lentos
- Pérdida de orina
- Dolor/ardor en la micción
- Dolor pélvico
- Sangre en la orina

Solo hombres

- Infecciones de la próstata
- Impotencia

Solo mujeres

- Secreción vaginal
- Sangrado vaginal
- Coito doloroso
- Calambres

Digestivo

- Dificultad para tragar
- Acidez frecuente
- Eructo o exceso de gas
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Constipación
- Heces negras
- Cambio en los hábitos intestinales
- Sangrado rectal
- Hemorroides

Endocrinos

- Sofocos

Inmunológicos

- Reacciones alérgicas graves
- Infecciones frecuentes o graves
- Alergia al polen/Fiebre del heno

Piel

- Sarpullido, urticaria o picazón
- Cambio de color
- Cambio en lunares o verrugas
- Una ampolla que no cicatriza

Sistema nervioso

- Dolor de cabeza
- Mareos o vértigo
- Desvanecimiento
- Convulsiones, ataques o temblores
- Pérdida de la memoria
- Coordinación deficiente
- Debilidad de brazos o piernas
- Entumecimiento en brazos o piernas

Trastornos sanguíneos

- Se contusiona fácilmente
- Sangrado anormal
- Ganglios linfáticos agrandados
- Transfusión(es) de sangre

Psiquiátricos

- Trastorno de ansiedad
- Depresión mayor
- Dificultad para dormir/insomnio
- Estrés laboral/familiar

Antecedentes familiares

Indique cualquier miembro de la familia con cáncer, enfermedad de la sangre u otra enfermedad:

	Edad	Enfermedad	Si falleció, causa de muerte
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____

	Edad	Género	Enfermedad	Si falleció, causa de muerte
Hermanos:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

	Edad	Género	Enfermedad	Paternos/ Maternos	Si falleció, causa de muerte
Abuelos:	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

Adoptado; no se conoce la historia familiar Ascendencia judía asquenazí

¿Tiene antecedentes familiares de coágulos o trastornos sanguíneos? Sí No

Si responde "Sí", describa: _____

Historia social

Estado civil o de relación actual: Casado/a Solero/a Divorciado/a o separado/a Viudo/a
 Pareja o unión civil Prefiere no responder

Nombre del cónyuge/pareja: _____

¿Hijos?: Sí No Si responde "Sí", ¿cuántos?: _____

Ocupación: _____ Jubilado

(anterior si está jubilado)

¿Cuál es su género actual?: Masculino Femenino Identidad de género: _____
(Opcional)
 Se niega a responder

¿Qué sexo se le asignó al nacer?: Masculino Femenino

¿Usa actualmente productos de tabaco? Sí No Si responde "Sí", uso por día (ingrese el número):

Cigarrillos: _____ Cigarros: _____ Pipa: _____ Tabaco para mascar: _____

Cigarrillos electrónicos: _____

¿Cuántos años usó el/los producto(s) de tabaco mencionado(s)? _____

Si responde "No", ¿alguna vez ha usado productos de tabaco? Sí No

¿Cuándo dejó? _____ ¿Cuántos años usó el/los producto(s) de tabaco mencionado(s)? _____

¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas (vino, cerveza, licor) bebe por día? _____

¿Por semana? _____ ¿Tiene antecedentes de consumo excesivo de alcohol? Sí No

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento? Si responde "Sí", especifique los medicamentos y la reacción a dichos medicamentos: _____

Es alérgico a:

Látex: Sí No Cinta: Sí No Si responde "Sí", especifique el tipo de cinta: _____

Huevos: Sí No Vacunas: Sí No Si responde "Sí", enumere el/los tipo(s) de vacuna(s) : _____

TC con contraste/tinte: Sí No

Especifique otras alergias: _____

Vacunas: Marque las vacunas anteriores recibidas e incluya la **fecha de la última vacuna.**

Esta página es opcional si se desconocen las fechas.

Vacuna	Fecha
<input type="checkbox"/> Varicela	
<input type="checkbox"/> Neumocócica	
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos y tos ferina (DTP)	
<input type="checkbox"/> COVID (indique fechas de las vacunas y refuerzos)	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Culebrilla	
<input type="checkbox"/> Gripe	
<input type="checkbox"/> Hemophilus (HIB)	

**AUTORIZACIÓN PARA SER FOTOGRAFIADO PARA
EL REGISTRO MÉDICO INFORMATIZADO (EMR)**

Autorizo a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) a que me tomen una fotografía (puede usarse una cámara digital o de video). Estas fotografías luego se incluirán en mi registro médico informatizado de FCS para fines de identificación y documentación médica.

Mediante mi firma del presente, certifico que he revisado este formulario de autorización.

Doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

SOLICITUD PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____, solicito una copia de mi registro médico completo
a la oficina de:

Nombre y dirección del médico

Se enviará a Florida Cancer Specialists & Research Institute: (Uso interno)

Dirección, ciudad, estado, código postal

Fax/Número de teléfono

Doy mi permiso para que se envíen por fax los registros médicos a la persona, compañía o institución
médica mencionada arriba.

Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que mediante la firma de esta autorización para la divulgación de mis registros, estoy autorizando a FCS a recibir copias de cualquier información médica, psiquiátrica, sobre el SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, pruebas de VIH, información sobre abuso de alcohol o drogas para la persona u organización mencionada anteriormente. También entiendo que esta autorización puede revocarse en cualquier momento, salvo si se han tomado medidas antes de la revocación. Este consentimiento será válido de forma indefinida hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Fecha de nacimiento

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE FORMA ORAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Marque una de las siguientes

Autorizo a los empleados de Florida Cancer Specialists & Research Institute a que me comuniquen mi información de salud protegida de forma oral, así como a los siguientes familiares o amigos.

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

Solicito que toda mi información de salud protegida se divulgue ÚNICAMENTE a mí y no a otros familiares ni amigos.

Doy permiso a Florida Cancer Specialists & Research Institute para usar los servicios de un escriba médico profesional, que puede ser virtual, para ayudar a mi médico con la documentación mientras analizo mis asuntos de atención médica. Entiendo que no tengo que pagar por este servicio y que toda la información compartida se mantendrá confidencial.

Entiendo que puedo revocar o modificar este Consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento que reemplace este.

Paciente (firma)

Fecha

Paciente (nombre en letra de imprenta)

Fecha

Este formulario debe actualizarse en forma anual

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Aseguradora primaria: _____

Nombre del titular de la póliza primaria: _____

Número de póliza/ID de grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene una cobertura para recetas médicas? Sí No

Aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza secundaria: _____

Número de póliza/ID de grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

N.º de Seg. Social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene una cobertura para recetas médicas? Sí No

Aseguradora de farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____

Número de póliza RX/Número RX BIN: _____

Certifico que la información proporcionada es exacta. Notificaré a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) cualquier modificación tan pronto como sea posible. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a FCS sobre los cambios en mi plan de seguro o, de lo contrario, podría ser responsable del saldo total de mi tratamiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Fecha de nacimiento

ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

Estimado paciente,

Gracias por elegir Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) como su proveedor de atención médica. Nuestros médicos están comprometidos a brindarle una atención de primera calidad.

Antes de recibir el tratamiento, lea y acepte las políticas financieras de FCS:

- Acepta proporcionar a FCS un seguro vigente y exacto, así como información del programa de beneficios de atención médica u otros datos del responsable del pago, y notificar inmediatamente a FCS si su cobertura sufre alguna modificación.
- Entiende que las políticas financieras para pacientes de FCS están disponibles en línea en FLCancer.com. Acepta que esta política se aplique en su caso, y que esta puede sufrir modificaciones ocasionales sin previo aviso.
- Reconoce que FCS le facturará a su plan o programa de seguro por los servicios prestados por FCS y acepta que le asignará su derecho de recibir pagos o beneficios de dicha aseguradora o programa a FCS, además de autorizar que el pago se realice directamente a FCS.
- Acepta que es responsable del pago a FCS de todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables en virtud de su póliza de seguro, plan o programa. Entiende que el pago de dichos montos es pagadero en el momento del servicio.
- Dependiendo de su aseguradora, plan o programa de seguro, es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Si su aseguradora no autoriza ni cubre un servicio o tratamiento y aun así usted decide recibir dicho servicio o tratamiento, acepta que es responsable del pago. Esto se aplica a todos los responsables del pago de acuerdo con todas las leyes y reglamentación vigentes y los requisitos del pagador (lo que incluye cualquier "notificación previa al beneficiario (ABN)", que pudiera ser aplicable en virtud de Medicare).
- Para facilitar el pago de las reclamaciones, realizar operaciones internas y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica, FCS utilizará su información de salud personal internamente y compartirá dicha información con su póliza de seguro y determinados socios comerciales de FCS de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables.
- FCS controla y opera Rx To Go, una farmacia especializada que proporciona determinados productos farmacéuticos que pueden ser recetados por su médico de FCS y que podrían estar cubiertos por su plan o programa de beneficios médicos o de farmacia (como la Parte B o Parte D de Medicare). No está obligado a usar Rx To Go y puede rellenar sus recetas médicas en cualquier otro lugar que elija. Sin embargo, si selecciona Rx To Go para completar recetas médicas emitidas por FCS, tanto esta política como el resto de las políticas de responsabilidad financiera del paciente de FCS también se aplicarán a los ítems y servicios que Rx To Go le haya proporcionado.
- Reconoce que los servicios de laboratorio y radiología podrían ser necesarios como parte de su atención y tratamiento, que son proporcionados por médicos clínicos de FCS en las instalaciones propias de FCS. En algunos casos, los servicios podrían prestarse en establecimientos externos y, en ese caso, entiende que puede recibir una factura aparte directamente del proveedor externo.

- Si realiza un pago a FCS que da como resultado un excedente en su cuenta (es decir, un saldo de crédito), FCS retendrá dicha cantidad como depósito frente a los cargos que estén sujetos al procesamiento continuo de reclamos o los cargos para servicios programados a futuro. Además, FCS podrá aplicar dicho excedente en concepto de dichos cargos pendientes o futuros programados. Si aún quedara un excedente después de aplicar todos los créditos, o si al finalizar la atención en FCS quedara un saldo de crédito que no corresponde devolver a su aseguradora o a otro pagador, FCS le reembolsará el saldo de crédito. No obstante, acepta que cualquier reembolso inferior a \$10.00 se efectuará únicamente si presenta una solicitud escrita y, en cualquier caso, cualquier saldo de crédito inferior a \$10.00 se perderá si la solicitud de reembolso no se recibe en un plazo de cinco (5) años después de la finalización de su atención.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS DEL PACIENTE ANTERIORES.

El paciente puede obtener una copia si lo solicita.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente o garante (firma)

Fecha de nacimiento

Para uso de la oficina:

Nombre (en letra de imprenta))

Empleado de FCS (firma)

MEDIGAP

Solo es aplicable para pacientes con seguro secundario a Medicare

Nombre del beneficiario: _____

Número de reclamo de seguro de salud: _____

Identificador de beneficiario de Medicare: _____

Número de póliza de Medigap: _____

Solicito que el pago de los beneficios de Medigap autorizados se realice en mi nombre a Florida Cancer Specialists & Research Institute o Rx To Go por los servicios prestados por _____.

Autorizo a cualquier tenedor de información médica sobre mí a divulgar a _____ cualquier información concerniente a este reclamo de Medicare, ya que la firma de esta autorización hará que la información de pago de Medicare se intercambie automáticamente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Fecha de nacimiento

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mediante la firma de este formulario, reconoce que recibió o que se le informó de que tiene derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Florida Cancer Specialists & Research Institute.

Este aviso está disponible en copia en papel y puede solicitar una copia en la mesa de entrada del establecimiento Florida Cancer Specialists & Research Institute o presentando una solicitud por escrito en la oficina corporativa en Florida Cancer Specialists & Research Institute, 4371 Veronica S. Shoemaker Blvd., Fort Myers, FL 33916.

También puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web de Florida Cancer Specialists & Research Institute en FLCancer.com. Para ello, seleccione la pestaña **Patient Guide** (Guía del paciente), seleccione **New Patient Forms** (Formularios de paciente nuevo) y haga clic en **Notice of Privacy Policies** (Aviso de políticas de privacidad).

Fecha: _____

Aceptado Rechazado

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Paciente o garante (firma)

Fecha de nacimiento

Parentesco con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN POR MENSAJE DE TEXTO

Mediante mi firma a continuación, autorizo a Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC (FCS), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y a Rx To Go (y cualquier proveedor de servicios de texto de FCS autorizado) a contactarme por mensaje de texto (SMS) sobre notificaciones relacionadas con la salud, incluidos recordatorios de cita y comunicaciones de facturación.

Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajería/datos a los mensajes enviados por FCS de acuerdo con el plan de mi teléfono celular.

Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a FCS para que me envíe mensajes de texto. Puedo elegir voluntariamente dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento al responder con la palabra "STOP".

Entiendo que los mensajes de texto no reemplazan la atención médica o profesional.

Mediante mi firma a continuación, señalo que soy la persona legalmente responsable por todo el uso de las cuentas móviles, que tengo por lo menos 18 años y que acepto todos los términos y las condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto.

Riesgos de utilizar mensajes de texto: El uso de mensajes de texto tiene una serie de riesgos que se deben tener en cuenta. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Los mensajes de texto se pueden distribuir, reenviar, almacenar en forma electrónica y en papel a destinatarios no deseados.
- Los remitentes pueden mandar fácilmente un mensaje de texto a un número equivocado y enviar la información a un destinatario no deseado.
- Las copias de seguridad de los mensajes de texto pueden perdurar incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
- La mensajería de texto puede no ser segura y, por lo tanto, es posible que un tercero pueda violar la confidencialidad de dicha información.

MARQUE LO SIGUIENTE:

- Doy mi consentimiento para recibir información vía texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Número de celular para mensajes de texto _____
- No doy mi consentimiento para recibir información vía texto. Entiendo que puedo cambiar de parecer y dar mi consentimiento más adelante.

Yo, _____ [Nombre del paciente], por la presente doy mi consentimiento y declaro mi preferencia para que mi médico, _____ [Nombre del médico] y otros miembros del personal de Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC (FCS), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y Rx To Go, LLC (y cualquier proveedor autorizado de servicios de mensajes de texto de FCS) se comuniquen conmigo mediante mensajes SMS estándar con respecto a diferentes aspectos de mi atención médica, que pueden incluir, entre otros, resultados de pruebas, recetas, citas y facturación.

Entiendo que la mensajería SMS estándar no es un método de comunicación confidencial y puede no ser seguro. Además, entiendo que, debido a esto, existe el riesgo de que un tercero intercepte y lea los mensajes SMS estándar relacionados con mi atención médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente (firma)