

LEY FEDERAL DE PROTECCION AL USUARIO TELEFONICO FORMA DE CONSENTIMIENTO

El Centro de Corazón utiliza proveedores para recopilar información sobre su satisfacción con nuestros servicios. Su información de salud protegida se compartirá con estos proveedores, pero deben cumplir con las leyes de confidencialidad de las leyes de HIPAA al manejar esta información confidencial. Es probable que lo contactemos luego de cualquier visita a nuestros centros de salud y lo invitemos a participar en una encuesta de satisfacción del paciente. Este contacto se puede hacer por mensaje de texto a través de un programa de marcación automática, enviado al número de teléfono y/o correo electrónico que proporcionara.

PUEDE RECHAZAR TODAS LAS ENCUESTAS PARA PACIENTES SI LO DESEA. Simplemente notifique a cualquier miembro del personal de recepción de su deseo de optar por no participar en nuestro programa de encuesta de satisfacción del paciente en cualquier momento.

Al firmar este documento en esta fecha, doy mi consentimiento para recibir mensajes de encuestas de satisfacción de El Centro de Corazón o sus proveedores de encuestas.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Completo del Representante Legal (si aplica)

Fecha

Relación

Firma del testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIA

Yo, _____, por la presente otorgo la autorización a El Centro de Corazón para tomarme fotografías durante mi registración, esta fotografía se agregara mis registros electrónicos de salud. Teniendo las fotos de los pacientes en el registro electrónico de salud ayuda a tener la correcta identificación fotográfica del paciente y podrían ser consultadas en el transcurso de la atención al paciente. **Las fotos se utilizaran con fines de identificación, no para uso clínico.**

Al firmar este documento en esta fecha, autorizo a *El Centro de Corazón* a usar mi foto con los fines descriptos arriba.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Completo del Representante Legal (si aplica)

Fecha

Relación

Firma del Testigo

Fecha