

## Formulario de Consentimiento del Poder Notarial de Salud

Yo, \_\_\_\_\_, Representante de MD24HouseCall he explicado y preguntó a \_\_\_\_\_, un paciente potencial de MD24 la importancia de divulgar cualquier poder médico o lo necesario para obtener el consentimiento de un tercero legal, proveedor de atención médica o familiar actual. Con la firma de esta declaración el paciente reconoce que no presentó ninguna razón, solicitud o conocimiento de una atención de salud y comprender que los proveedores MD24 no están designados para tomar decisiones médicas en nombre del paciente en cualquier documento o poder atención de la salud.

\_\_\_\_\_ **No tengo** una atención de salud o poder notarial de salud y soy eficaz en mi capacidad de hacer o comunicar las decisiones de atención de la salud por mí mismo. Cuando la atención médica se vuelve indispensable, soy responsable de tales decisiones en relación con tales tratamientos que consideren adecuado por el médico, hospital o su designatario autorizado. En cumplimiento de las decisiones de tratamiento de proveedores de atención médica de MD24 para mi beneficio, soy capaz de autorizar las solicitudes para obtener, revisar toda la información teniendo a mi salud y pertinentes tales decisiones a hacerse respetando ese tratamiento. Reconozco que se han realizado sin garantías como a los efectos de tales exámenes o tratamientos en mi condición y que soy responsable de todas las opciones de tratamiento prestados a mí durante este período.

\_\_\_\_\_ **Si tengo** un poder notarial de salud, designado miembro de la familia o solicitado que supervisa todos mis consentimientos para la prestación de atención médica. Póngase en contacto con la persona siguiente para obtener información adicional y antes de cualquier tratamiento médico:

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

De conformidad con el Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA) de 1996, MD24HouseCall mantendrá toda su información de salud confidencial de las investigaciones de terceros no enumeradas en este formulario.

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma de Testigo \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_