

OTROS RECONOCIMIENTOS

1. PROVEER INFORMACIÓN CONFIABLE: Entiendo que los profesionales de la salud implicados en mi cuidado dependerán de mi historial médico documentado, así como de otra información que les proporcione yo, mi familia u otras personas que posean información acerca de mí, para determinar si realizan o recomiendan cualesquiera procedimientos. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y completa respecto a mi historial médico y cualesquiera padecimientos o eventos que pueden afectar la toma de decisiones médica.

2. CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: Mission East Dallas podrá delegar tratamientos/ procedimientos ambulatorios u hospitalización a contratistas independientes. Estos incluyen, entre otros, a especialistas, fisioterapeutas, médicos o dentistas consultores. Estos contratistas independientes no son agentes ni empleados de Mission East Dallas y son responsables de sus propias acciones. Entiendo que Mission East Dallas no será responsable por los actos u omisiones de los contratistas independientes.

3. SIN GARANTÍA DE RESULTADOS: Los médicos, dentistas y otros profesionales de la salud de Mission East Dallas no garantizan ningún resultado específico de ningún examen, tratamiento o procedimiento. Yo libero a Mission East Dallas, a sus médicos, dentistas y profesionales de la salud de cualquier responsabilidad por cualquier accidente o lesión que no sean causados directamente por la negligencia de Mission East Dallas o de sus empleados.

4. OBJETOS DE VALOR: Mission East Dallas no asume ninguna responsabilidad por pérdidas o daños a cualquiera de mis bienes personales mientras yo me encuentre en sus instalaciones y/o reciba tratamiento, y por este medio libero a Mission East Dallas de cualquier responsabilidad respecto a ello.

5. AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE FOTOGRAFÍAS: Yo autorizo y doy mi consentimiento a Mission East Dallas y a sus empleados y agentes para tomar fotografías, videos, radiografías en donde no se me identifique, y/u otras imágenes fotográficas, electrónicas o de otro tipo, de mí y utilizarlos como sea apropiado para los propósitos de la evaluación y planificación del tratamiento. Dichas imágenes también pueden usarse para fines educativos.

Estas imágenes se pueden mantener como parte permanente de mi expediente médico.

Entiendo

y reconozco que Mission East Dallas puede utilizar cámaras de seguridad, y que se mantendrá la confidencialidad del paciente para este tipo de imágenes.

Al firmar este documento, certifico que he leído y comprendo su contenido y que la información proporcionada por mí es correcta y completa (incluyendo la información sobre el seguro y elegibilidad de beneficios).

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente (en letra de molde)