

THPG PATIENT REGISTRATION

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE / PATIENT DEMOGRAPHICS

FECHA / DATE: _____

Nombre legal / Legal Name: Nombre / First _____ Inicial del segundo nombre / MI _____ Apellido / Last _____
Nombre preferido / Preferred First Name: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal / Parent/Legal Guardian Name _____ Fecha de nacimiento / DOB _____
Número de teléfono celular / Mobile _____

Número de Seguro Social / SS# _____ Sexo / Sex: M F Fecha de nacimiento / DOB: _____

Dirección / Address: _____ Dpto. N° / Apt# _____ Ciudad / City _____
Estado / State _____ Código Postal / Zip _____

Número de teléfono / Phone: Casa / Home _____ Trabajo / Work _____ Celular / Mobile _____

Correo electrónico / E-Mail _____ No cuenta con correo electrónico / No Email

INFORMACIÓN GENERAL / GENERAL INFORMATION

Estado civil / Marital Status: Divorciado / Divorced Legalmente separado / Legally Separated Casado / Married En pareja / Significant Other Soltero / Single Viudo / Widowed

Necesita un intérprete / Need Interpreter Sí / Yes No
Idioma de preferencia / Preferred Language _____ Idioma escrito / Written Language _____

Raza / Race: Asiática / Asian Negra / Black India Americana / Native American Hawaiana/Isleña del Pacífico / Native Hawaiian/Pacific Islander
Dos o más razas / Two or More Races Blanca / White

Origen étnico / Ethnicity: Hispano / Hispanic No hispano / Non-Hispanic

OTROS DATOS DEMOGRÁFICOS / ADDITIONAL DEMOGRAPHICS

Método de comunicación de preferencia / Preferred Communication Method: Sin preferencia / No Preference Correo / Mail Teléfono / Phone Correo electrónico / E-mail My Chart Acepta recibir mensajes de texto / Accept Text Messages

Al seleccionar una de las casillas como el método de comunicación de preferencia, acepto recibir correspondencia de THPG / By checking one of the boxes for Preferred Communication Method, I agree to receiving correspondence from THPG

¿Tiene dificultades para comunicarse o necesidades especiales de comunicación? / Do you have any communication difficulties/special needs? Discapacidad visual / Visually Impaired Sí / Yes No Discapacidad auditiva / Hearing Impaired Sí / Yes No Necesidades especiales / Special Needs Sí / Yes No

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique / If yes, please list:

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / PCP

Médico de atención primaria / Primary Care Physician _____
 No me atiendo con un médico de atención primaria determinado / No Primary Care Physician

CONTACTOS DE EMERGENCIA / EMERGENCY CONTACTS

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Rel to Patient _____
Teléfono de casa / Home Phone _____ Celular / Mobile _____

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Rel to Patient _____
Teléfono de casa / Home Phone _____ Celular / Mobile _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name _____

MRN _____

DATOS LABORALES / EMPLOYMENT

Nombre del empleador / Employer Name _____ Estado laboral / Employment Status: Discapacitado / Disabled
Tiempo completo / Full Time Medio tiempo / Part Time Jubilado / Retired Estudiante / Student Desempleado / Unemployed

AUTORIZACIÓN OPCIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE / OPTIONAL AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO OTHERS

Autorizo a Texas Health Physicians Group y a sus representantes a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, información de facturación o atención médica a los contactos adicionales a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione una notificación por escrito a Texas Health Physicians Group sobre cambios o actualizaciones. Autorizo a Texas Health Physicians Group a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, seguro médico, información de facturación, resultados de pruebas o atención médica a los contactos adicionales a continuación. / I authorize Texas Health Physicians Group and its representatives to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, billing information and/or medical care. This authorization will remain in effect until I provide written notification to Texas Health Physicians Group of changes or update. I authorize Texas Health Physicians Group to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, insurance, billing information, test results and/or medical care.

Solo divulgar información al paciente / Only Release Information to Patient

Si no contesta, podemos dejarle un mensaje en su / If no answer, may we leave a message for you on your Teléfono de casa / Home Phone: Sí / Yes No
Trabajo / Work: Sí / Yes No Celular / Mobile: Sí / Yes No

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Relationship to Patient _____

Teléfono de casa / Home Phone _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / May We Leave a Message? Sí / Yes No
Celular / Mobile _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / May We Leave a Message? Sí / Yes No

Pueden divulgar la información relacionada con los siguientes servicios a la persona antes mencionada / You may release the information regarding the following services to the person named above: Citas / Appointments Facturación / Billing Atención Médica / Medical Care

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Relationship to Patient _____

Teléfono de casa / Home Phone _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / May We Leave a Message? Sí / Yes No / No
Celular / Mobile _____ ¿Podemos dejarle un mensaje? / May We Leave a Message? Sí / Yes No / No

Pueden divulgar la información relacionada con los siguientes servicios a la persona antes mencionada / You may release the information regarding the following services to the person named above: Citas / Appointments Facturación / Billing Atención Médica / Medical Care

Si desea recibir su información de salud por correo electrónico, la información se enviará mediante correos electrónicos cifrados a menos que usted expresamente indique lo contrario a continuación. Enviar información mediante un correo electrónico sin cifrar podría plantear cierto riesgo de que un tercero acceda a la información de salud contenida en el correo electrónico sin cifrar. / If you wish to receive your health information by email, the information will be sent via encrypted email unless you expressly designate otherwise below. Sending health information by unencrypted email may pose some risk that the health information in the unencrypted email could be read by a third party over the Internet.

Iniciales / Initials _____

PARTE CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA – GARANTE / FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY – GUARANTOR

La misma que la información del paciente (Si es diferente, por favor complete la siguiente sección) /
Same as Patient Information (If different, please complete section below)

Nombre / Name: Nombre / First _____ Inicial del segundo nombre / MI _____ Apellido / Last _____

Fecha de nacimiento / DOB _____

Relación / Relationship: Cónyuge / Spouse Padre / Father Madre / Mother Otra (especifique) / Other (Please Specify): _____

Dirección / Address: _____ Dpto. Nº / Apt# _____ Ciudad / City _____ Estado /
St _____ Código Postal / Zip _____

Número de teléfono / Phone: Casa / Home _____ Celular / Cell _____ Trabajo / Work _____

Nombre del empleador / Employer Name _____ Estado laboral / Employment Status: Estudiante / Student Medio
tiempo / Part Time Tiempo completo / Full Time Jubilado / Retired Discapacitado / Disabled Desempleado / Unemployed

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name _____
MRN _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO / INSURANCE INFORMATION

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO / PRIMARY INSURANCE _____

Número de identificación / ID _____ Número de grupo / Group _____

Nombre del titular / Subscriber Name _____ Sexo / Sex: M F

Relación del paciente con el titular / Patient Relationship to Subscriber _____

Fecha de nacimiento del titular / Subscriber's DOB _____ Empleado / Employer _____ Estado laboral / Employment Status:

Medio tiempo / Part Time Tiempo completo / Full Time Jubilado / Retired Discapacitado / Disabled Desempleado / Unemployed

SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE _____

Número de identificación / ID: _____ Número de grupo / Group _____

Nombre del titular / Subscriber Name _____ Sexo / Sex: M F

Relación del paciente con el titular / M F Patient Relationship to Subscriber _____

Fecha de nacimiento del titular / Subscriber's DOB _____ Empleado / Employer _____ Estado laboral / Employment Status:

Medio tiempo / Part Time Tiempo completo / Full Time Jubilado / Retired Discapacitado / Disabled Desempleado / Unemployed

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? / HOW YOU HEARD ABOUT US

Familia/Amigo / Family/Friend Correo electrónico / Email Aviso en el periódico/revista / Newspaper / Magazine Ad Sitio web de la organización / Organization Website Búsqueda en Internet / Internet Search Comercial de televisión / Television Commercial Boletín informativo de la organización / Organization Newsletter

Otros / Other _____ Médico referente / Referring Physician _____
 Instructor / Coach _____ Entrenador / Trainer _____

PAUTAS FINANCIERAS Y DE PAGO / FINANCIAL AND PAYMENT GUIDELINES

Aviso / Notice: Nuestra oficina NO presenta reclamos de seguro de automóviles para visitas relacionadas con accidentes de vehículos motorizados. / Our office does NOT file Auto Insurance claims for visits relating to motor vehicle accidents.

El pago se debe hacer al momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguro. Si su compañía de seguros requiere una referencia, es responsabilidad del paciente (o garante) obtener la referencia antes de su cita. / Payment is due at the time of service. This includes all co-pays, deductibles and co-insurance. If your insurance company requires a referral, it is the patient's responsibility (or guarantor) to obtain the referral prior to your appointment.

- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro de Texas Health Physicians Group por los servicios prestados a mí o a mis dependientes. / I authorize direct payment of my insurance benefits to Texas Health Physicians Group for services rendered to myself or dependents.
- Se presentará al seguro el reporte de los servicios prestados. Los cargos por servicios no cubiertos por el seguro serán la responsabilidad del paciente o su tutor. Comprendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si los servicios prestados son beneficios cubiertos o no. / Insurance will be filed for services rendered. Any charges for services not covered by insurance will be the responsibility of the patient or his/her guardian. I understand that it is my responsibility to know my insurance benefits and whether or not the services rendered are covered benefits.
- El paciente o su tutor es responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en datos demográficos o información de facturación y seguro. / Patient or guardian is responsible for notifying our office of any changes to demographics or insurance and billing information.
- Los cargos por servicios fuera de la red que no sean pagados por la compañía de seguro médico serán la responsabilidad del paciente o de su tutor. / Out of Network services not paid by the health insurance company will be the responsibility of the patient or his/her guardian.
- Texas Health Physicians Group o sus agentes autorizados ofrecerán información médica a la compañía de seguros en la medida de lo necesario para realizar el pago de reclamos por servicios prestados. / Texas Health Physicians Group or its authorized agent will provide medical information to the insurance company as required for payment of claims for services rendered.
- Por medio de la presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular y a cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Texas Health Resources como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobro, los cuales incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza. / I hereby consent to credit bureau inquiries and to receiving auto-dialed/artificial or pre-recorded message calls, and/or text messages to my cellular telephone and to any telephone number provided during my registration process. I understand that these collection attempts could be performed by from Texas Health Resources or its affiliates/agents including, without limitation, any account management companies, independent contractors or collection agents.

Laboratorio / Radiografías / Servicios de diagnóstico / Lab / X-Ray / Diagnostic Services:

- Entiendo que es posible que reciba una factura aparte si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiología u otros servicios de diagnóstico. Asimismo, entiendo que, en el caso de que mi seguro no fuera a reembolsar los copagos, deducibles o coseguros correspondientes a estos servicios, yo seré responsable de pagarlos. / *I understand that I may receive a separate bill if my medical care includes lab, x-ray, or other diagnostic services. I further understand that I am financially responsible for any co-pays, deductibles and co-insurance due for these services if they are not reimbursed by my insurance.*

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS /
RELEASE OF INFORMATION, AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS**

- Autorizo la divulgación de todas mis historias clínicas a especialistas o médicos de consulta si ello fuera necesario para mi cuidado y condición. / *I authorize the release of all medical records to specialists and/or consulting physicians if applicable to my care and condition.*
- Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social, Administración de Financiamiento de Atención Médica, sus intermediarios, sus portadores o cualquier otro portador de seguros, para que se procese este o cualquier otro reclamo relacionado. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y autorizo que se solicite el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de cuidados de la salud acerca de las partes responsable del pago de mi tratamiento. / *I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration, Health Care Financing Administration, its intermediaries, its carriers, or any other insurance carrier any information needed for this or any other related claim to be processed. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical insurance benefits either to me or to the party who accepts assignment. I understand it is mandatory to notify the health care provider of any party who may be responsible for paying for my treatment.*
- Además autorizo y solicito que los pagos de seguro se dirijan a Texas Health Physicians Group / *I further authorize and request that insurance payments be directed to Texas Health Physicians Group*

**Autorización para el tratamiento de un menor de edad / Authorization to Treat a Minor
(De 0 a 18 años de edad) / Ages 0-18th Birthday)**

No aplica (el paciente es un adulto) / Not Applicable (patient is an adult)

Si hubiera circunstancias en las que no pudiera llevar a mi hijo/a al consultorio para su evaluación y tratamiento, doy mi permiso y autorización a las siguientes personas (mayores de 18 años) para que puedan obtener atención médica para mi hijo/a. También autorizo a los proveedores de Texas Health Physicians Group a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a citas, seguro médico, resultados de pruebas o atención médica de mi hijo/a a las personas nombradas a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione una notificación por escrito a Texas Health Physicians Group sobre cambios o actualizaciones. Autorizo a los proveedores de Texas Health Physicians Group a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a citas, seguro médico, información de facturación, resultados de pruebas o atención médica de mi hijo/a a los contactos adicionales a continuación. / *If there are circumstances when I am unable to bring my child to the office for his/her evaluation and treatment, I give my permission and authorization for the following persons (over the age of 18) to obtain medical care for my child. I also authorize the providers of Texas Health Physicians Group to discuss or disclose information regarding any matters relating to my child's appointment, insurance, test results or medical care to those listed below. This authorization will remain in effect until I provide written notification to Texas Health Physicians Group of changes or update. I authorize Texas Health Physicians Group to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, insurance, billing information, test results and/or medical care.*

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Relationship _____ Número de teléfono / Phone _____

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Relationship _____ Número de teléfono / Phone _____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD / PRIVACY PRACTICES

Los consultorios, médicos y personal de THPG están comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud. Ponemos a su disposición una copia de nuestro Aviso de declaración de prácticas de privacidad. / *THPG offices, physicians and staff, are committed to securing the privacy of your health information. We are making available to you a copy of our Notice of Privacy Practices.*

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN / ACKNOWLEDGMENT

He leído, entiendo claramente y acepto las anteriores disposiciones referidas a: **divulgación de información médica del paciente, pautas financieras y de pago, divulgación de información y asignación de beneficios, autorización para el tratamiento de un menor de edad y prácticas de privacidad.** También certifico que toda la información proporcionada es exacta y completa. / *I have read, fully understand and agree to the above release of medical information to others, financial and payment guideline, release of information & assignment of benefits, authorization to treat a minor and privacy practices. I also certify that all of the information, provided is complete and accurate.*

Nombre del paciente / Patient Name _____ Firma / Signature _____ Fecha / Date _____

Autorización de Intercambio de información de salud / Health Information Exchange Authorization

(Nombre del médico/clínica/centro de salud / *physician/clinic/facility name*) _____ participa en el Intercambio de información sobre la salud como se describe en el documento denominado Preguntas frecuentes de los pacientes sobre el Intercambio de información sobre la salud de Texas Health Resources, el cual puede modificarse en cualquier momento. / *participates in health information exchanges as described in the Texas Health Resources Health Information Exchange Patient's Frequently Asked Questions document which may be revised at any time.*

El Intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) es una organización que supervisa y regula el intercambio de información relacionada con la salud entre organizaciones de acuerdo a los estándares reconocidos a nivel nacional. El Intercambio de información de salud es un sistema de información electrónico que almacena la información de la salud del paciente proveniente de múltiples proveedores de cuidados de la salud que participan en el HIE. Permite a sus otros proveedores de cuidados de la salud ver la información pasada de su historial médico y otros usos incluidos en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad del proveedor. Su información se almacenará en el sistema HIE, pero los proveedores no podrán verla o utilizarla a menos que usted acepte y firme este formulario. / *A Health Information Exchange (HIE) is an organization that oversees and governs the exchange of health-related information among organizations according to nationally recognized standards. A Health Information Exchange is an electronic health information system that stores your patient health information from multiple healthcare providers participating in the HIEs. It allows your other health care providers to view your past health information for continued care and other uses included in the provider's Notice of Privacy Practices. Your information will be stored within the HIE system, but it will not be visible to or able to be used by providers unless you opt-in to participate.*

Comprendo que mi expediente médico es confidencial y que no puede ser divulgado sin mi autorización escrita, salvo que la ley disponga lo contrario o así lo exija. Comprendo que mi información médica puede incluir información sobre enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), registros de tratamientos de salud mental, así como el diagnóstico o tratamientos de abuso de sustancias o alcohol, y autorizo la divulgación de dicha información como parte de mi historia clínica. Los proveedores intentarán excluir de la información compartida con el HIE aquella acerca de su salud mental, así como aquella relacionada al abuso de sustancias, que lo identifique claramente; sin embargo, cierta información podría ser incluida. / *I understand that my medical records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization except when otherwise permitted or required by law. I understand that my medical information may include communicable disease information including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), records related to mental health treatment and alcohol and substance abuse diagnosis or treatment, and I authorize release of that information as part of my medical record. Providers will attempt to exclude clearly identified mental health and substance abuse health information from the HIEs, however some information may be included.*

Autorizo al proveedor descrito a revelar mi información médica antes mencionada al HIE en el que participa THPG. La información utilizada o divulgada de conformidad con la presente autorización podrá estar sujeta a nuevas divulgaciones realizadas por otros proveedores y es posible que dicha información deje de estar protegida. / *I authorize the above provider to disclose my medical information described above to the HIEs in which THPG participates. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by other providers and such information may no longer be protected.*

Comprendo que el tratamiento o el pago no están condicionados a que yo firme la presente autorización. Comprendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo y en la medida en que se hayan tomado acciones como consecuencia de dicha autorización. Podré presentar una solicitud de revocación al proveedor anterior para su tramitación. La presente autorización permanecerá vigente indefinidamente, a menos que yo la revoque por escrito. / *I understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon this authorization. I may submit a revocation request to the above provider for processing. This authorization will remain in effect indefinitely, unless I revoke it in writing.*

El HIE no es capaz de gestionar las restricciones relacionadas con la divulgación de su información de salud. Una restricción es una solicitud presentada por el paciente para que determinada información no sea divulgada a ciertas personas o empresas. Si la restricción es o fue aprobada por nosotros u otros proveedores de cuidados de la salud que participan en el HIE, entonces deberá optar por no participar en el HIE a fin de proteger su restricción. Esto debe hacerse con cada proveedor al que usted acuda que participe en el HIE. / *The HIE is not able to manage restrictions on disclosure of your health information. A restriction is a request by the patient to not disclose certain information to certain people or companies. If the restriction is or was agreed to by us or other participating HIE healthcare providers, then you must elect to opt-out of the HIE in order to protect your restriction. This must be done at each HIE participating provider you visit.*

Visitas al hospital para pacientes del departamento de obstetricia / Hospital Visit for Obstetric patients only: La presente autorización se emite también para mi(s) hijo(s) nacido(s) durante esta visita. / *I also give this authorization for any child(ren) born to me during this visit.*

Autorizo la divulgación de mi información médica al Intercambio de información de salud en el que participa THPG / I authorize release of my medical information to the Health Information Exchanges in which THPG participates:

_____ **Sí / Yes** _____ **No**

Constancia de aceptación / Acknowledgement:

Yo, el infrascrito, certifico que he leído y comprendido la información de este formulario de Autorización para el intercambio de información de salud. Entiendo que si tengo que cambiar cualquier información que haya proporcionado en este formulario, le notificaré de inmediato a un miembro del personal. / *I, the undersigned, certify that I have read and fully understand the information in this Health Information Exchange Authorization form. I understand that if I need to change any information I have provided on this form, I will notify a staff member promptly.*

Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta
Print Patient's Name

Fecha de nacimiento
Date of Birth

Dirección
Address

Firma del paciente o del representante autorizado
Signature of patient or authorized representative

Relación con el paciente
Relationship to patient or self

Fecha
Date

Testigo / *Witness*

Título / *Title*

Fecha / *Date*

Un "representante legalmente autorizado" es: 1) un tutor legal, 2) un agente autorizado en un poder notarial médico o en una directiva a los médicos, 3) un abogado nombrado por una corte, 4) un abogado contratado por el paciente o por el representante legalmente autorizado del paciente, 5) el padre o tutor legal de un menor de edad, o 6) una persona autorizada mediante la Ley de Consentimiento para un Tratamiento Médico de Texas (*Texas Consent to Medical Treatment Act*): el cónyuge del paciente, un hijo adulto, el padre de un paciente adulto, una persona claramente identificada con anticipación por razón de discapacidad para actuar en nombre del paciente, el pariente vivo más cercano o un miembro del clero. Es obligatorio presentar una prueba por escrito de la condición de representante legal autorizado a la clínica antes de la divulgación de cualquier información. / A "legally authorized representative" is; 1) a legal guardian, 2) an agent authorized in a medical power of attorney or directive to physicians, 3) an attorney appointed by a court, 4) an attorney retained by the patient or the patient's legally authorized representative, 5) a parent or legal guardian or a minor, or 6) a person authorized under the Texas Consent To Medical Treatment Act: the patient's spouse, adult child, a parent of the adult patient, a person clearly identified in advance of incapacity to act for the patient, the nearest living relative, or a member of the clergy. Written evidence of legally authorized representative status must be presented to the clinic prior to release of any information.



Consentimiento para recibir atención médica
Consent to Treat

Autorizo a los empleados y agentes de Texas Health Physicians Group (incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados y miembros del personal) a llevar a cabo evaluaciones médicas y a proporcionar atención médica al paciente indicado a continuación. Entiendo que se podrían tomar fotografías o videos en relación al tratamiento del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocada por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia. / *I hereby authorize employees and agents of Texas Health Physicians Group (including physicians, physician assistants, and nurse practitioners, and other employees and staff members) to render medical evaluations and care to the patient indicated below. I understand that in connection with the patient's treatment, photos or videos may be taken. The duration of this consent is indefinite and continues until revoked in writing. I understand that by not signing this consent, the patient will not be provided medical care except in the case of emergency.*

Fecha de hoy / *Today's Date:* _____

Nombre del paciente en letra de imprenta / *Print Patient's Name:*

Fecha de nacimiento del paciente / *Patient Date of Birth:*

Tutor legal (si corresponde) / *Legal Guardian (if different than patient)*

Firma del paciente o del tutor legal / *Patient or Legal Guardian Signature*
