

## Consentimiento para vacunación

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor, escriba sus iniciales junto a cada vacuna que está autorizando para que su hijo (a) reciba.

### Vacunas requeridas:

- \_\_\_\_\_ DTaP (difteria, tétanos, tos ferina acelular)  
 \_\_\_\_\_ Tdap/Td (tétanos, difteria, tos ferina acelular)  
 \_\_\_\_\_ Polio  
 \_\_\_\_\_ Hib (*Haemophilus B*)  
 \_\_\_\_\_ PCV (vacuna conjugada neumocócica)  
 \_\_\_\_\_ Hepatitis A  
 \_\_\_\_\_ Hepatitis B  
 \_\_\_\_\_ MMR (sarampión, paperas, rubéola)  
 \_\_\_\_\_ Varicela  
 \_\_\_\_\_ Virus del papiloma humano (HPV)\*  
 \_\_\_\_\_ Meningocócica (ACWY)

\* De acuerdo con el Departamento de Salud de Virginia, el padre, la madre o tutor legal, puede optar por que el niño o la niña no reciba la vacuna contra el VPH.

### Vacunas Recomendadas:

- \_\_\_\_\_ Influenza (gripe)  
 \_\_\_\_\_ Meningocócica B

Por favor, visite la página <http://www.immunize.org/vis/> para obtener la declaración de información sobre cada vacuna, que explicará los beneficios y los posibles efectos secundarios de todas las vacunas.

Por favor, marque las casillas:

- Recibí y revisé la hoja informativa sobre la vacuna (VIS, por sus siglas en inglés). Entiendo todos los beneficios y los posibles efectos secundarios.**
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y aclararon mis inquietudes.**
- Autorizo al personal médico con licencia de Sentara para que vacune a mi hijo (a).**

Nombre del padre, madre o tutor Legal  
(letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor Legal: \_\_\_\_\_

Relación con el menor/estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por inculador (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del inculador (a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Sentara Community Care**  
**Formulario de registro de pacientes para eventos**

¿Requiere asistencia para comunicarse?:  Sí  No      ¿Necesita Intérprete?:  Sí  No

**Datos demográficos del paciente**

Nombre del paciente (apellidos, nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguridad Social (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Identidad de género:  Prefiero no compartir  Mujer  Hombre  No binario  Otro  
 Mujer transgénero (hombre a mujer)  Hombre transgénero (mujer a hombre)

Sexo asignado de nacimiento:  Mujer  Hombre  Desconocido  Prefiero no compartir

**Contacto de emergencia**

Nombre (apellidos, nombre): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

**Información del responsable (Aval)**

¿Quién es el responsable de la cuenta?  Yo  Empleador  Cónyuge  Padre  Madre

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

**Resumen de la cobertura**

**Seguro principal:**

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Número de Seguridad Social del titular de la póliza (opcional): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

## Vacunas para la Niñez (VFC) Expediente de Elegibilidad del Paciente

El expediente de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciben vacunas debe mantenerse en el consultorio del médico durante 6 años. El expediente puede ser llenado por el padre, tutor, el individual del expediente, o por el proveedor de atención médica. En cada visita de inmunización del niño se debe determinar su elegibilidad VFC y presentar documentación del estatus de elegibilidad para asegurar que su estatus de elegibilidad del niño no ha cambiado. Aunque no se requiere verificación de las respuestas, es necesario mantener este expediente similar para cada vacuna del niño. Los proveedores utilizando un formulario similar (electrónica o en papel) deben capturar todos los elementos de información incluidos en este formulario.

1. Nombre de Niño: \_\_\_\_\_  
Apellido
Primer Nombre
IM
  
2. Fecha de Nacimiento de Niño: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  
3. Padre/Tutor/Individual de Expediente: \_\_\_\_\_  
Apellido
Primer Nombre
IM
  
4. Nombre del Proveedor Primario: \_\_\_\_\_  
Apellido
Primer Nombre
IM
  
5. Para determinar si un niño (0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales a través de programas de VFC y estatales, en cada visita de inmunización se registra la fecha y marque de categoría de elegibilidad apropiada. Si la columna A-E está marcada, el niño es elegible para el programa de VFC. Si la columna F o G está marcada el niño no es elegible para la vacuna federal de VFC.

	Elegible para VFC Vacuna					No elegible para VFC Vacuna	
	A	B	C	D	E	F	G
<b>Fecha</b>	<b>Medicaid Inscrito</b>	<b>No Seguro de Salud</b>	<b>Nativo Americano o Nativo de Alaska</b>	<b>*Seguro Insuficiente</b> servido por FOHC, RHC o proveedorers delegado	<b>**Inscrito en KidsCare</b>	<b>***Otro seguro insuficiente</b>	<b>Tiene seguro medico que cubre las vacunas</b>

*\* Seguro insuficiente incluye a los niños con seguro de salud que no incluye vacunas o sólo cubren ciertas vacuna específicas. Los niños sólo elegibles para las vacunas que no están cubiertos por el seguro. Además, para recibir la vacuna de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados a través de un Centro de Salud Federalmente Calificado (FOHC) o Clínica de Salud Rural (RHC) o en virtud de un proveedor delegado aprobado. El proveedor delegado debe tener un acuerdo por escrito con un FOHC / RHC y el programa de inmunización estatal / local / territorial con el fin de vacunar a los niños con seguro insuficiente.*

*\*\* Los niños inscritos en el Programa de Seguro de Salud del estado separadas para Niños (CHIP). Estos niños son elegibles para las vacunas VFC, pero necesitarán ser facturados a AHCCCS como KidsCare.*

*\*\*\* Otros insuficiente son niños que están con seguro insuficiente, pero no son elegibles para recibir la vacuna federal a través de programa VFC porque el proveedor o centro médico no es FOHC / RHC o proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son con tal que el programa estatal para cubrir los niños que no son elegibles para el programa de VFC.*

**Por favor sea aconsejado:**

Si su compañía de seguros no cubre las vacunas y no nos dejó saber en el momento de su visita, usted tiene la responsabilidad de pagar costo implicado. No podemos hacer el Programa de Vacunas para Niños retroactiva y sólo son elegibles para el Programa de Vacunas para Niños en el momento de la visita. Si no está seguro si la inmunización y chequeos anuales están cubiertos, por favor contactar su compañía de seguros. Gracias.

**Por favor firme abajo indicando que usted entiende y está de acuerdo con la declaración anterior.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adolescentes contra VPH, MCV4, MenB y Tdap

SU NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes día año

A los padres o tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si se le pueden administrar las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), antimeningocócica conjugada (MCV4), antimeningocócica del serogrupo B (MenB) y contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) acelular a su hijo adolescente hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no necesariamente significa que su hijo adolescente no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No lo sé
1. ¿Su hijo adolescente está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo adolescente tiene alergias a algún componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo adolescente ha tenido una reacción grave a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo adolescente ha tenido un problema cerebral o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hija adolescente está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo adolescente alguna vez se ha sentido mareado o se ha desmayado antes, durante o después de la administración de una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo adolescente siente ansiedad cuando está por recibir una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO COMPLETADO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FORMULARIO REVISADO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

¿Trajo la cartilla de vacunación de su hijo adolescente? Sí  No

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo adolescente. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica que le proporcione uno completo. Consérvelo en un lugar seguro y asegúrese de que su hijo adolescente lo lleve siempre que vaya a recibir atención médica. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la escuela o la universidad, para obtener un empleo o para viajar al extranjero.



# Information for Healthcare Professionals about the Screening Checklist for Contraindications to HPV, MenACWY, MenB, and Tdap Vaccines for Teens

Are you interested in knowing why we included a certain question on the screening checklist? If so, read the information below. If you want to find out even more, consult the references listed in **Notes** below.

**NOTE:** For supporting documentation on the answers given below, go to the specific ACIP vaccine recommendation found at the following website: [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html)

**NOTE:** For summary information on contraindications and precautions to vaccines, go to the ACIP's General Best Practice Guidelines for Immunization at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html)

## 1. Is your teen sick today? (HPV, MenACWY, MenB, Tdap.)

There is no evidence that acute illness reduces vaccine effectiveness or safety. However, as a precaution, all vaccines should be delayed until moderate or severe acute illness has improved. Mild illnesses with or without fever (such as otitis media, "colds," diarrhea) and antibiotic use are not contraindications to routine vaccination.

## 2. Does your teen have allergies to a vaccine component or to latex? (HPV, MenACWY, MenB, Tdap.)

**Latex:** An anaphylactic reaction to latex is a contraindication to vaccines with latex as part of the vaccine's packaging (e.g., vial stoppers, prefilled syringe plungers, prefilled syringe caps). For details on latex in vaccine packaging, refer to the package insert (listed at [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states)).

**An injection-site reaction** (e.g., soreness, redness, delayed-type local reaction) to a prior vaccine dose or vaccine component, including latex, is not a contraindication to a subsequent dose or vaccine containing that component.

## 3. Has your teen had a serious reaction to a vaccine in the past? (HPV, MenACWY, MenB, Tdap.)

Anaphylaxis to a previous vaccine dose or vaccine component is a contraindication for subsequent doses of corresponding vaccines (see question 2). Usually, one defers vaccination when a precaution is present unless the benefit outweighs the risk (e.g., during an outbreak). **A history of encephalopathy** within 7 days of DTP/DTaP is a contraindication for further doses of any pertussis-containing vaccine, including Tdap.

## 4. Has your teen had brain or other nervous system problems? (Td/Tdap.)

Tdap is contraindicated in teens who have a history of encephalopathy within 7 days following DTP/DTaP. An unstable progressive neurologic problem is a precaution to the use of Tdap. For people with stable neurologic

disorders (including seizures) unrelated to vaccination, or for people with a family history of seizures, vaccinate as usual. A history of **Guillain-Barré syndrome** (GBS) within 6 weeks of a tetanus-toxoid vaccine is a precaution; if the decision is made to vaccinate, give Tdap instead of Td.

## 5. Is your teen pregnant? (HPV and MenB.)

MenB should not be given except to those with an elevated risk of exposure during pregnancy. HPV vaccine is not recommended during pregnancy. Injectable influenza vaccine, COVID-19 vaccine, Tdap, and RSV vaccines are explicitly recommended during pregnancy.

## 6. Has your teen ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?

Fainting (syncope) or dizziness (presyncope) is not a contraindication or precaution to vaccination. However, for some people these can be a response to vaccination anxiety. People in adolescent and young adult age groups are more likely to experience syncope. CDC recommends that vaccine providers consider observing all patients for 15 minutes after vaccination. This is especially important for people with a pattern of injection-related syncope. For more information about vaccination-related syncope, see [www.immunize.org/catg.d/p4260.pdf](http://www.immunize.org/catg.d/p4260.pdf).

## 7. Is your teen anxious about getting a shot?

Anxiety can lead to vaccine hesitancy or avoidance. Simple steps can ease a patient's anxiety about vaccination. Visit Immunize.org's "Addressing Vaccination Anxiety" clinical resources at [www.immunize.org/clinical/topic/addressing-anxiety](http://www.immunize.org/clinical/topic/addressing-anxiety).

### VACCINE ABBREVIATIONS

DTP = Diphtheria, tetanus, pertussis vaccine  
DTaP = Diphtheria, tetanus, (acellular) pertussis vaccine  
HPV = Human papillomavirus vaccine  
MenB = Meningococcal serogroup B vaccine  
MenACWY = Meningococcal serogroups A, C, W, Y  
RSV = Respiratory syncytial virus  
Td/Tdap = Tetanus, diphtheria, (acellular) pertussis vaccine

Identificación del paciente



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Sentara Health (para incluir las subsidiarias directas e indirectas nombradas a continuación\*) («Sentara») acepta al paciente anteriormente mencionado para pruebas de diagnóstico, tratamiento de emergencia de pacientes hospitalizados o cirugía/tratamiento ambulatorios. El abajo firmante otorga su consentimiento para que Sentara proporcione sus servicios regulares, servicios de telemedicina y que brinde o administre todos los servicios, diagnostique, trate, atienda las necesidades de atención, los suministros, las medicaciones (que pueden dispensarse en una farmacia de un sitio alternativo) y la anestesia ordenada por los médicos del paciente o del hospital o sus asistentes, para la realización de todos los procedimientos que consideren convenientes y para la eliminación de los tejidos extraídos. Doy mi consentimiento para que se grabe, fotografíe, monitoree en circuito cerrado o filme con fines de tratamiento (quedará en el registro médico) o con fines de calidad de la atención y enseñanza.

**ACUERDO FINANCIERO:** el abajo firmante acepta pagar todos los cargos por parte de (i) Sentara según el administrador actual de cargos de Sentara aplicable y (ii) los otros proveedores médicos a su tarifa vigente por los servicios proporcionados y por los suministros usados en la atención y (iii) el tratamiento del paciente. El abajo firmante entiende que los pagos serán solo por cargos estimados y acepta que la factura final puede ser diferente. Sentara no se dedica a conceder créditos. Los cargos se pagarán al final de sus plazos (dentro de 30 días luego de la facturación inicial). La obligación de cada uno de los abajo firmantes es una promesa de pago original, directa e independiente con base en el crédito exclusivo de cada uno y no una promesa colateral ni contingente de responder por la deuda de otro. De no pagarse todos los cargos en el momento debido, los abajo firmantes aceptan pagar 33 1/3% de las tarifas de abogado o agencias de cobro, las cuales se considerarán incurridas al hacerse la remisión de cobro, más los costos e intereses a la tarifa actual aplicable según los estatutos de fallos de Virginia. El abajo firmante da su consentimiento para que Sentara proporcione y acceda a la información crediticia con las agencias de informes del consumidor. La tarifa por cheque devuelto es de \$25.00. Hay asistencia financiera disponible para las personas elegibles al llamar a la oficina comercial.

El paciente y las partes responsables abajo firmantes tienen la responsabilidad principal del pago de la cuenta del paciente. Es su exclusiva responsabilidad cumplir de manera oportuna con todos los requisitos y presentar toda la información y los documentos necesarios para obtener el pago de los beneficios por parte de cualquier organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o aseguradora, TRICARE, Medicare, Medicaid, compañía aseguradora de indemnización para trabajadores, agencia gubernamental u otra fuente de terceros para beneficios o pagos. Sentara puede presentar reclamos a tales beneficiarios solo como cortesía. A menos que la aseguradora o la agencia gubernamental estén obligadas a respetar la regulación o el contrato, NO está obligada a presentarlos. El abajo firmante entiende que las tarifas hospitalarias, los honorarios profesionales de médicos de emergencia, radiólogos, patólogos y otros servicios prestados por médicos se facturan por separado. Sentara Health\* se reserva el derecho a cobrar a quien suscribe \$40 por no asistir a las citas, este cargo no será cubierto ni por el seguro ni por una cuenta de gastos flexibles (FSA)/cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). En caso de que haya pagos acumulados a Sentara superiores a los cargos incurridos por la admisión o el tratamiento del paciente, se entiende y acepta que Sentara pueda aplicar el excedente a cualquiera de las cuentas pendientes del paciente que resulten de otros ingresos o tratamientos de Sentara. El abajo firmante acepta pagar a Sentara las pruebas de laboratorio que su médico les haya ordenado, pero que se hayan realizado en un laboratorio remitido por Sentara.

**COMUNICACIONES:** el paciente y las partes responsables abajo firmantes autorizan a Sentara (incluso sus representantes y agentes) a ponerse en contacto con ellos por teléfono utilizando voz artificial, mensajes pregrabados o sistemas de marcación automática en cualquier número de teléfono asociado a ellos o a sus representantes personales, incluidos los números inalámbricos, en relación con cualquier asunto relacionado con el tratamiento, el pago o la cuenta, o para asesorarles sobre productos o servicios que puedan ser de interés. Se pueden rechazar las llamadas o mensajes adicionales siguiendo las instrucciones razonables brindadas específicamente por Sentara. No es necesario un consentimiento para recibir dichas llamadas y mensajes para recibir tratamiento u otros servicios de Sentara. Al indicar cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono celular, se autoriza a Sentara (incluidos sus representantes y agentes) a enviarle información, recordatorios y mensajes mediante esos medios de comunicación. Al comprender que el correo electrónico y los mensajes de texto no son medios de comunicación completamente seguros (debido a la posibilidad de que estos mensajes se dirijan a la persona equivocada o se acceda a ellos de forma indebida mientras están almacenados o durante la comunicación), pero que permiten a Sentara comunicarse de forma más eficiente y ofrecer un mejor servicio, cada uno de ellos autoriza además a Sentara a enviar mensajes sin cifrar utilizando estos medios. Es posible que se le apliquen costos de compañías aseguradoras.

La **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS** derivada de reclamos hechos por el paciente o en su nombre por cualquier cobertura de seguro, compensación para trabajadores, agencia gubernamental o beneficios por discapacidad, de un monto igual al total de todos los cargos que se deban en lo sucesivo (incluidos los honorarios de abogados, las comisiones de agencias de cobro, los costos y los intereses) se deben a Sentara y a los proveedores médicos sin compensación. Se acepta que dicha ASIGNACIÓN NO SE REVOCARÁ. Sentara y los proveedores médicos reciben un derecho de retención de un monto similar y tienen autorización para recibir un pago directo de todos los beneficios o ganancias asignadas. Se ordenó, autorizó y dispuso que todo abogado, compañía aseguradora, empleador responsable o agencia que administre o pague dichos beneficios o ganancias retenga y pague de manera puntual a Sentara y a los proveedores médicos el mínimo del monto total de los cargos, las ganancias totales netas o los beneficios disponibles sin compensación.

**AVISO DE CONSENTIMIENTO DECLARADO PARA PRUEBAS DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA:** La Sección 32.1-45.1 del Código de Virginia indica que, cuando una persona que brinda servicios de atención médica o un paciente se expone directamente a los líquidos corporales de otro de manera que pueda transmitir el virus de inmunodeficiencia humana o de hepatitis B o C, se considerará que la otra persona otorgó su consentimiento para realizar pruebas de detección de dichos virus y para divulgar los resultados a la persona expuesta y no se requiere un consentimiento real.

Identificación del paciente



**Objetos personales de valor:** Sentara no será responsable por los daños o la pérdida de pertenencias que no se le dejen en depósito para su resguardo. (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha)

**Ayuda en relación con la comunicación:** a mí o a mis acompañantes se nos ofreció asistencia de comunicación en esta fecha.  
**Aceptada** (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha) • **Rechazada** (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha)

**Aviso de prácticas de privacidad:** se me ofreció una copia del aviso de prácticas de privacidad de Sentara en esta fecha.  
**Aceptada** (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha) • **Rechazada** (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha)

**Sus derechos y responsabilidades como paciente/Aviso de no discriminación:** se me ofreció una copia de los derechos y responsabilidades como paciente o del Aviso de no discriminación de Sentara en esta fecha. **Aceptada** (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha) • **Rechazada** (\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_ fecha)

**DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:** en algunos casos, Sentara puede obtener el reembolso de algunas medicaciones o dispositivos médicos por parte del fabricante. En caso de que esto ocurra, el cargo por la medicación o el dispositivo médico se ajustará en la factura de esa estadía hospitalaria. Su firma en este formulario autoriza a Sentara a incluir su nombre en la solicitud, si es necesario, y a consultar y divulgar toda la información personal, médica o financiera requerida por los Programas de Asistencia al Paciente para solicitar un medicamento o dispositivo gratuito o con descuento. Esta información será confidencial dentro de Sentara y solo se entregará a las empresas fabricantes de medicamentos y dispositivos que patrocinan el programa.

Acepto que este consentimiento es voluntario y que puedo revocarlo por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de este. A menos que sea revocado, este consentimiento será válido durante un (1) año a partir de la fecha de autorización o hasta la determinación final de cualquier solicitud de beneficios como se describe anteriormente, lo que ocurra con mayor posterioridad; sin embargo, el consentimiento no caducará para los servicios, el procesamiento de reclamos o las actividades de cobranza para las admisiones o visitas que ocurran mientras este consentimiento estuvo vigente.

**CLÁUSULA DE INTEGRIDAD DEL ACUERDO: CADA ABAJO FIRMANTE INDICA QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO POR COMPLETO EL SIGNIFICADO Y LAS CONSECUENCIAS DE LA TOTALIDAD DEL ACUERDO, Y QUE SENTARA NO HA DADO GARANTÍAS QUE NO ESTÉN INCLUIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.**

**CUALQUIER CAMBIO QUE SE HAGA EN EL PRESENTE ACUERDO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y POR SEPARADO, Y DEBE INCLUIR LA FIRMA DE TODAS LAS PARTES. LAS COPIAS Y FOTOCOPIAS DE ESTE ACUERDO SON ORIGINALES DUPLICADOS PARA TODOS LOS FINES.**

Fecha/hora	Firma del paciente	Firma de otra parte responsable	Relación
<input type="checkbox"/> No hay una persona responsable disponible (si se seleccionó, se requieren las firmas de dos testigos). <input type="checkbox"/> El paciente no puede firmar, pero acepta y entiende lo anterior, y otorga su consentimiento para que el testigo abajo firmante escriba el nombre del paciente. <input type="checkbox"/> Consentimiento verbal para el tratamiento obtenido de la parte responsable			

Firma del testigo del empleado	Fecha y hora	Firma del testigo del empleado	Fecha y hora

\* Sentara Health incluye lo siguiente: Sentara Medical Group; Martha Jefferson Medical Group, LLC; Servicios médicos División de Albemarle: Sentara, Inc.; RMH Medical Group, LLC; Dominion Health Medical Associates, Ltd.; Sentara Hospitals (incluso Sentara Williamsburg Regional Medical Center, Sentara Careplex Hospital, Sentara Leigh Hospital, Sentara Norfolk General Hospital, Sentara Obici Hospital, Sentara Virginia Beach General Hospital); Sentara Princess Anne Hospital; Martha Jefferson Hospital; Sentara RMH Medical Center; Potomac Hospital Corporation of Prince William; Sentara Albemarle Regional Medical Center; y Halifax Regional Hospital, Inc; Hospital para recuperación prolongada; Sentara Enterprises; Sentara Advanced Imaging Solutions, LLC; Sentara Life Care Corporation; Sentara Reference Lab Solutions, LLC; Sentara Therapy Solutions, LLC.; SMG Anesthesia Specialists, LLC; SARMC Anesthesia Specialists, LLC; Proprium, LLC; y Velocity Urgent Care, LLC.