

**Sistema de salud de la Universidad de Miami  
Consentimiento para tratamiento médico Y condiciones de admisión**

**POR FAVOR LEA AMBOS LADOS ANTES DE FIRMAR**

<p><b>1 CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO</b></p> <p>Yo, el abajo firmante, por este medio consiento en recibir todo servicio y tratamiento, incluso de emergencia, procedimientos diagnósticos, pruebas, tratamiento médico y atención hospitalaria requerida para el diagnóstico de cualquier enfermedad o tratamientos por los médicos o la persona que ellos designen, personal médico, empleados, residentes, estudiantes de medicina y funcionarios del Sistema de salud de la Universidad de Miami o del University of Miami Medical Group, incluidos todos los hospitales, clínicas e instalaciones (colectivamente, Universidad de Miami). Comprendo que, como parte de su capacitación, los estudiantes de atención de la salud pueden participar en la prestación de atención y tratamiento médico o en calidad de observadores mientras reciba atención y tratamiento médico, y que dichos estudiantes serán supervisados por instructores y personal de la clínica o el hospital. Reconozco que la Miller School of Medicine de la Universidad de Miami y todos los hospitales y clínicas de propiedad de la Universidad de Miami forman parte de un establecimiento educativo y de investigación y que mi tratamiento y atención serán observados y en algunos casos asistidos por los residentes o estudiantes de medicina en el curso de capacitación. Asimismo doy mi consentimiento para el uso de mis datos médicos y fotografías no identificables para fines educativos. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y acepto que no me han dado garantías con respecto al resultado de análisis, exámenes, tratamientos, procedimientos o cualquier otro servicio prestado.</p> <p>Autorizo a la Universidad de Miami a retener, conservar y usar con propósitos científicos, educativos, comerciales o de investigación, o eliminar como lo juzguen adecuado, cualquier muestra, tejido u órgano que se extraiga de mi cuerpo durante el curso del tratamiento. No tendré parte en ningún procedimiento de ningún producto que pudiera surgir de ellos.</p> <p>Asimismo, doy mi consentimiento para la Universidad de Miami que lleva a cabo análisis para detectar enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea, incluidas, entre otras, las pruebas de hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) si lo determina el protocolo. Entiendo que los posibles efectos secundarios y las complicaciones de estas pruebas, por lo general, son leves y son similares a la extracción de rutina de muestras de sangre, incluso las molestias producidas por la introducción de la aguja o ardor leve, sangrado o dolor en el sitio de punción. Los resultados de esta prueba formarán parte de mi historia clínica confidencial. Entiendo que si mi prueba resulta positiva, los resultados de mis pruebas se divulgarán al Departamento de Salud del estado de Florida con la información que me identifica como resultado positivo en las pruebas.</p> <p><b>CLÁUSULA ADICIONAL para PACIENTES MENORES O INCAPACITADOS</b></p> <p>Yo, el abajo firmante, reconozco y confirmo que soy el tutor legal o el encargado del paciente menor/incapacitado o de otro modo tengo la autoridad para actuar en su nombre para tomar decisiones sobre su atención médica.</p> <p><b>2 ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p>Al firmar este formulario, autorizo a la Universidad de Miami a acceder, usar y divulgar información o copias de mi historia clínica según sea necesario para mi tratamiento, para el pago por dicho tratamiento y para las operaciones de atención médica de la Universidad de Miami; incluso a hospitales, médicos u otro(s) proveedor(es) garantes de mis cuentas o terceros responsables de los pagos para quienes he asignado beneficios para mi tratamiento y atención, y al médico remitente o cualquier otro proveedor de atención médica que participe en mi atención médica; y de cualquier otra manera según se especifique en la Notificación sobre prácticas de privacidad del Sistema de salud de la Universidad de Miami.</p>	<p>Esto incluye la información relacionada con atención psiquiátrica o psicológica, salud mental, alcoholismo o drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico, pruebas o tratamiento de SIDA, complejo relacionado con el SIDA o VIH. Este consentimiento para acceso, uso y divulgación de la información también incluye otras admisiones, si están relacionadas con el accidente o la enfermedad que provoca esta admisión, información médica y otras informaciones si es necesario para las operaciones de la Universidad de Miami o según se requiera para asegurar el pago por gastos incurridos por mí o en mi nombre, incluido un diagnóstico de mi enfermedad. La información de atención médica también se podría divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados se relacionen con un reclamo de indemnización por accidentes laborales. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del seguro social o sus intermediarios o proveedores para el pago de un reclamo de Medicare o al organismo estatal adecuado para el pago de un reclamo de Medicaid. Además, autorizo al Departamento de salud y servicios humanos o a la Administración del seguro social para que revele toda la información de caso confidencial relacionada con mi solicitud de asistencia del gobierno solicitada por la Universidad de Miami.</p> <p>Reconozco que la universidad de Miami mantiene sistemas electrónicos de registros médicos. Autorizo a la Universidad de Miami y a cualquiera de mis demás proveedores de atención médica a usar los sistemas electrónicos de registros médicos de la Universidad de Miami para mantener mis registros médicos y a compartir o acceder a mi historia clínica con otros proveedores de atención médica. Mis proveedores pueden compartir esta información entre sí según sea necesario para brindarme tratamiento y realizar los servicios relacionados con él. Entiendo que esta información se compartirá principalmente a través de sistemas electrónicos de registros médicos en los que todos los proveedores de atención médica pueden intercambiar información para proporcionarme tratamiento.</p> <p>Al firmar este consentimiento, acepto que la Universidad de Miami puede acceder y usar mi historial de medicamentos de venta con receta y los registros médicos de otros proveedores de atención médica o terceros responsables de los pagos/proveedores de servicios a los fines del tratamiento. Dicha información se podría incluir en los sistemas electrónicos de registros médicos de la Universidad de Miami.</p> <p><b>3 RECONOCIMIENTO DE CLÍNICAS DENTRO DEL HOSPITAL</b></p> <p>Por la presente reconozco que durante el curso de mi tratamiento puedo recibir atención en las clínicas del proveedor (clínicas del hospital) y, por lo tanto, puedo recibir facturas por la Universidad de Miami, hospitales, médicos, otros proveedores de atención médica y otros terceros por separado o conjuntamente. Además, por este medio reconozco que soy responsable del pago de dichos servicios facturados tal como puedan ser declarados por mi aseguradora bajo el beneficio de mi plan específico.</p> <p><b>Reconozco: _____ (iniciales)</b></p> <p><b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES:</b></p> <p>me han dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en este formulario, así como en la Declaración de derechos del paciente, y acepto que no tengo ninguna pregunta o que me las han contestado a mi entera satisfacción.</p> <p><b>Reconozco: _____ (iniciales)</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<i>Por la presente reconozco que he leído este formulario y que comprendo su contenido y estoy de acuerdo con todas las disposiciones incluidas en este caso, a lo cual acuerdo que sea aplicable a toda atención y todo tratamiento proporcionados por la Universidad de Miami dentro de un (1) año desde la fecha de firma.</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Firma del paciente/representante autorizado** **Si no es el paciente, indique su relación con el paciente marcando a continuación:**

X \_\_\_\_\_ 
 Cónyuge  Padre o madre  Tutor legal  Hermano  
 Poder para la atención de la salud  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

AVISO: TODO AQUEL QUE TERGIVERSE O FALSIFIQUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUEDARÁ SUJETO, AL DICTARSE SENTENCIA CONDENATORIA, A UNA MULTA O PRISIÓN, EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES FEDERALES.

Testigo Nombre en letra de imprenta _____ Título _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Firma del testigo: X _____
Testigo adicional* Nombre en letra de imprenta _____ Título _____	Firma del testigo adicional: X _____
* Necesario para pacientes que no puedan firmar sin un representante o pacientes que se nieguen a firmar	

Las copias de este formulario tendrán la validez del original.

All original medical records are the property of the University of Miami Hospital and Clinics. Copies of this form must be destroyed upon completion of its temporary use. For additional information or to receive a copy of your health information visit the electronic patient portal at <https://myuhealthchart.com/mychart/> or Health Information website at <http://uhealthsystem.com/billing/medical-records>. Health Information Integrity can be contacted at 305-243-5272 for release of information requests.

**UNIVERSITY OF MIAMI HOSPITAL AND CLINICS**

Miami, FL 33136 www.miami.edu (305)243-1000

**Consent for Medical Treatment and Conditions of Admission – Spanish**

Patient Identification Sticker



Form D3900060S  
Revised 10/04/17

<p><b>4 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDA DE BIENES PERSONALES</b></p> <p>Se me ha advertido que es para mi conveniencia enviar mis objetos de valor a casa o depositarlos en la caja de seguridad del hospital, si estoy internado, para su protección. Por consiguiente, por medio del presente eximo a la Universidad de Miami y a los establecimientos en los cuales los servicios sean prestados de toda responsabilidad que surja como consecuencia de la pérdida por robo o descuido de los empleados de la institución o de cualquier tercero. Estoy de acuerdo con que soy responsable de todo artículo que mantenga en mi poder, incluidos, entre otros, dinero, vestimenta, anteojos, joyas, dentaduras postizas o cualquier otro artículo personal.</p>	<p><b>6 CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE/MEDICAID Y CESIÓN DE BENEFICIOS</b></p> <p>Yo, el abajo firmante, certifico que la información provista por mí y aplicada bajo el TÍTULO XVIII de la Ley del Seguro Social o TÍTULO XIX (Medicaid) es correcta. Autorizo además a la Universidad de Miami y a cualquier médico, afiliado o personal de la Miller School of Medicine de la Universidad de Miami a divulgar a la administración de la seguridad social del estado de Florida o sus intermediarios cualquiera y toda la información necesaria para procesar toda reclamación relacionada con Medicaid. Solicito y cedo que el pago de todos los beneficios autorizados se hagan en mi nombre a la Universidad de Miami, sus médicos, hospitales y otros lugares de servicio. Comprendo que soy responsable personal y completamente de todo servicio no cubierto, servicios rechazados, exenciones del seguro médico y pagos de coseguros. Además, el rechazo posterior de las reclamaciones de Medicaid o Medicare, como resultado de la inscripción en una HMO, será una responsabilidad de pago a mi nombre.</p>
<p><b>5 ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS</b></p> <p>En la realización de las asignaciones de beneficios, instruyo a la compañía de seguro médico u otro plan de beneficios médicos que me brinde cobertura (que incluye, entre otros, empleador, grupo empleador o plan patrocinado u ofrecido) para pagar a la Universidad de Miami directamente por los servicios prestados durante esta internación. A cambio de los servicios prestados y los que sean prestados en el futuro por la Universidad de Miami o los médicos del hospital, por la presente irrevocablemente cedo y transfiero a la Universidad de Miami o los médicos del hospital, todo derecho, título e interés de todos los beneficios pagaderos por la atención médica prestada, que proporcionan todas las pólizas de seguros y planes de beneficios médicos por los cuales tengo derecho a servicios o a resarcirme. Entiendo que cualquier pago recibido de estas políticas o planes se aplicará a la cantidad que he aceptado pagar por los servicios prestados durante esta internación, como se describe en la Sección 2. Esta asignación será a fines de garantizar a la Universidad de Miami o los médicos del hospital el derecho independiente de recuperación contra mi compañía de seguros o plan de beneficios médicos, pero no se interpretará como una obligación de la Universidad de Miami o los médicos del hospital de perseguir tales derechos de recuperación. En ningún caso la Universidad de Miami o los médicos del hospital conservarán beneficios que excedan el monto debido a la Universidad de Miami o a los médicos del hospital por la atención y el tratamiento prestados durante la admisión. Si a un tercero responsable del pago (por ejemplo, la compañía de seguros o el grupo empleador o plan patrocinado u ofrecido) queda obligado a pagar todos o algunos de estos costos, doy mi consentimiento para tomar todas las acciones necesarias para ayudar a la Universidad de Miami o los médicos del hospital a cobrar el pago de dichos terceros responsables del pago. Por este medio designo a la Universidad de Miami o a los médicos del hospital como mi representante autorizado para realizar, si así lo desean, toda reparación administrativa, reclamo o proceso judicial en mi nombre y a elección de la Universidad de Miami o de los médicos del hospital, contra cualquier tercero responsable, compañía de seguro médico o plan de beneficio médico patrocinado por el empleador a los fines de cobrar todo beneficio que me corresponda para el pago de los cargos mencionados en la sección 2 anterior. Si la Universidad de Miami o los médicos del hospital desean intentar un reclamo o demanda contra un tercero responsable del pago, como representante autorizado, doy mi consentimiento para hacer un poder especial, si se solicita, autorizando a la Universidad de Miami o al médico del hospital a tomar todas las acciones necesarias o apropiadas en la búsqueda de dicho reclamo o proceso judicial, incluido el permiso de la Universidad de Miami o médico del hospital para iniciar demandas contra el tercero responsable del pago en mi nombre. Me comprometo a pagar a la Universidad de Miami o médico del hospital inmediatamente toda suma recuperada en cualquier reclamo o litigio hecho en mi nombre por la Universidad de Miami o los médicos del hospital (hasta el monto de los honorarios de la Universidad de Miami o de los médicos del hospital, más costos y honorarios de abogados).</p> <p><b>He leído y he recibido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta cesión de beneficios, y he firmado el presente documento libremente y sin inducciones que no sean la prestación de servicios por la Universidad de Miami o los médicos del hospital*</b></p> <p><i>*Los médicos del hospital incluyen, entre otros, los médicos del servicio de emergencias, patólogos, radiólogos, anesthesiólogos, psiquiatras, psicólogos u otros proveedores de salud mental. Estos servicios pueden ser prestados por contratistas independientes y no forman parte de la factura del hospital. Estos servicios serán facturados por separado por la empresa de facturación de cada médico.</i></p>	<p><b>7 PARTICIPACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA POR HMO/PPO/MEDIPASS</b></p> <p>Comprendo que si soy miembro de HMO/PPO/MEDIPASS u otra organización de atención médica, seré responsable de obtener las autorizaciones requeridas y remisiones que requiera mi organización de atención médica para recibir atención de este establecimiento y sus proveedores. <i>Reconozco también que si elijo recibir servicios en este establecimiento sin la autorización adecuada de mi organización de atención médica, seré completamente responsable del pago de mi factura.</i> Entiendo que es mi responsabilidad como paciente saber si un servicio, procedimiento o prueba, etc. están cubiertos por mi organización de atención médica. (Como paciente, puedo comunicarme con mi organización de atención médica para apelar su decisión de no autorizar servicios).</p> <p><b>Reconozco: _____ (iniciales)</b></p> <p><b>8 RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS</b></p> <p>La mayor parte de los profesionales de la salud que prestan servicios en el hospital o todos ellos son contratistas independientes y no son funcionarios o empleados de la Universidad de Miami. Los contratistas independientes son responsables de sus propios actos y la Universidad de Miami no será responsable por los actos o las omisiones de ningún contratista independiente. Comprendo que pueden acudir médicos u otros profesionales de atención médica para proporcionar cuidado o servicios a mí o en mi nombre, pero que yo fehacientemente no puedo ver, o ser revisado por todos los médicos o profesionales de atención médica que participan en mi atención médica; por ejemplo, no puedo ver a los médicos que proporcionan servicios de radiología, patología, interpretación de ECG y anestesiología. Entiendo que en la mayoría de los casos habrá un cargo por separado para los servicios profesionales prestados por médicos a mí o en mi nombre y que recibiré una factura por dichos servicios profesionales independiente de la factura por los servicios del hospital.</p> <p>Comprendo que permaneceré bajo el cuidado y la supervisión de mi médico de cabecera y es responsabilidad de la Universidad de Miami y su personal de enfermería cumplir con las instrucciones de todos los médicos. Es responsabilidad de mi médico o cirujano obtener mi consentimiento informado, si es necesario, a tratamientos médicos o quirúrgicos, procedimientos terapéuticos o de diagnóstico especial, o procedimientos o servicios hospitalarios prestados para mí según las instrucciones generales y especiales del médico. Los médicos que sean contratistas independientes pueden contratar asistentes de médico y practicantes de enfermería para que los asistan en la realización de atención médica y diagnóstico. Dichos asistentes del médico y practicantes de enfermería pueden ser empleados del médico contratista independiente por su cuenta y no son empleados ni funcionarios de la Universidad de Miami.</p> <p>Por el presente doy mi consentimiento para la prestación de servicios por médicos empleados y consentimiento adicional a la prestación de servicios por médicos contratistas independientes y profesionales médicos, y me comprometo a mantener a los médicos contratistas independientes y profesionales médicos como únicos responsables de la atención y, además, por medio del presente, eximo a la Universidad de Miami de toda responsabilidad por las acciones y las omisiones de estos médicos y proveedores contratistas independientes.</p> <p><b>9 HABITACIÓN PRIVADA</b></p> <p>Entiendo y estoy de acuerdo con que yo o el tercero responsable de pagos a los servicios médicos y hospitalarios somos responsables de todo cargo adicional asociado con la solicitud y el uso de una habitación privada.</p>

RECONOZCO HABER LEÍDO AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO \_\_\_\_\_ (iniciales)

All original medical records are the property of the University of Miami Hospital and Clinics. Copies of this form must be destroyed upon completion of its temporary use. For additional information or to receive a copy of your health information visit the electronic patient portal at <https://myuhealthchart.com/mychart/> or Health Information website at <http://uhealthsystem.com/billing/medical-records>. Health Information Integrity can be contacted at 305-243-5272 for release of information requests.

**UNIVERSITY OF MIAMI HOSPITAL AND CLINICS**

Miami, FL 33136      www.miami.edu      (305)243-1000

**Consent for Medical Treatment and Conditions of Admission – Spanish**

Patient Identification Sticker



Form D3900060S  
Revised 10/04/17

**10 ARMAS/EXPLOSIVOS/ESTUPEFACIENTES**

Entiendo y estoy de acuerdo con que si la Universidad de Miami en cualquier momento cree que puede haber un arma, dispositivo explosivo, sustancias ilegales o estupefacientes, o cualquier bebida alcohólica en mi habitación o entre mis pertenencias, la Universidad de Miami, puede registrar mi habitación y mis pertenencias, confiscar cualquiera de los artículos anteriores que encuentre y desecharlos según corresponda, entre ellos entregar cualquier artículo a las autoridades de cumplimiento de la ley

**11 ACUERDO DEL GARANTE**

Al firmar este formulario como paciente/padre o madre/tutor o garante, cónyuge o agente de las partes ya mencionadas, por este medio estoy de acuerdo con que todo gasto surgido dentro del tratamiento, tratamiento pasado o futuro relacionado con el incidente o condición que originó esta admisión o servicio, no cubierto por seguro, programa, patrocinio u otra cobertura de terceros que pueda tener, son debidos y pagaderos por mí antes del tratamiento. Por la presente reconozco que la Universidad de Miami ha aceptado facturarle a mi seguro médico u otro asegurador de terceros y ha dado su consentimiento para hacerlo como cortesía y la Universidad de Miami, tiene derecho a exigir el pago en su totalidad a mí en cualquier momento antes del pago total de ninguna compañía de seguros o terceros, a menos que se indique contractualmente que no me facturarán. Por la presente reconozco que me han informado, antes de recibir el tratamiento, que puedo recibir una factura de la Universidad de Miami.

Estoy de acuerdo, además, con que si me retraso más de treinta (30) días en el pago de alguna cuenta relacionada con este tratamiento y tratamiento pasado y futuro relacionado con el incidente o condición que originó esta admisión o servicio, se acumulará un cargo de financiamiento del 1,5% por mes en el monto impago, y si la cuenta morosa se envía a un abogado, consiento en pagar los honorarios del abogado, costos del tribunal y honorarios de la agencia de cobros asociados con el proceso de cobranza.

**12 CONTACTO FUTURO**

Entiendo y estoy de acuerdo con que para que la Universidad de Miami o cualquier otro proveedor asociado con mi atención (y sus socios comerciales y proveedores) realicen el seguimiento de los servicios prestados o cobren todo monto que pueda deber o cualquier otro propósito comercial, podrán comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta o hallado por medio de métodos de rastreo de evasores, que incluye los números de radio/teléfono celular que podrían causar gastos facturables a mí. La Universidad de Miami y los proveedores asociados (y socios comerciales o proveedores) también se reservan el derecho a comunicarse conmigo enviando mensajes de texto o correos electrónicos cuando sea apropiado si así lo consideran. Otros métodos usados para comunicarse conmigo pueden incluir, entre otros, el uso de mensajes de voz artificial o pregrabados y el uso de servicio(s) de marcado automático (predictivo) según corresponda.

All original medical records are the property of the University of Miami Hospital and Clinics. Copies of this form must be destroyed upon completion of its temporary use. For additional information or to receive a copy of your health information visit the electronic patient portal at <https://myuhealthchart.com/mychart/> or Health Information website at <http://uhealthsystem.com/billing/medical-records>. Health Information Integrity can be contacted at 305-243-5272 for release of information requests.

**UNIVERSITY OF MIAMI HOSPITAL AND CLINICS**

Miami, FL 33136      www.miami.edu      (305)243-1000

**Consent for Medical Treatment and Conditions of Admission – Spanish**

Patient Identification Sticker



Form D3900060S  
Revised 10/04/17