

A. PATIENT INFORMATION	B. ENCOUNTER INFORMATION	
LAST NAME, FIRST NAME	ECD #:	MR #
	ENC #:	Person #:

CONSENT FOR SERVICES

This consent will be effective for and apply to the Health Services provided during my or my child's hospitalization or visit at the Baptist Health South Florida affiliates/affiliated entities of which I am a patient which include, but are not limited to: Baptist Hospital of Miami; Miami Cancer Institute; Doctors Hospital; Homestead Hospital; Mariners Hospital; South Miami Hospital; West Kendall Baptist Hospital; Baptist Outpatient Services, including Baptist Health Medical Plazas, Outpatient Centers, Diagnostic Centers, Mammography Centers, Urgent Care Centers, Express Care Centers, Endoscopy Centers, Sleep Centers, Medical Arts Surgery Centers, Baptist Health Home Care, Baptist Health Care and Counseling Services; and, the offices of the Baptist Health Medical Group.

This consent and agreement applies to any Health Services obtained from Baptist Health providers at a Baptist Health affiliated entity hospital, hospital based clinic, clinic or physician's office, and/or from the individual affiliated health care providers (physicians, allied health professionals, medical staff) who provide Health Services at these Baptist Health affiliated entities. I understand that while this consent covering multiple Baptist Health affiliated entities and/or health care providers is being provided for purposes of administrative convenience, each of the Baptist Health affiliated entities is a separate entity, certain affiliated health care providers are independent practitioners that provide services at the Baptist Health affiliated entities, and Baptist Health South Florida does not provide any Health Services.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Este consentimiento será efectivo y se aplicará a los Servicios de Salud proporcionados durante mi hospitalización o la hospitalización de mi hijo o mi visita a los afiliados/entidades afiliadas de Baptist Health South Florida de los cuales yo soy paciente, los cuales incluyen entre otros: Baptist Hospital of Miami; Miami Cancer Institute; Doctors Hospital; Homestead Hospital; Mariners Hospital; South Miami Hospital; West Kendall Baptist Hospital; Baptist Outpatient Services, incluyendo Baptist Health Medical Plazas, Outpatient Centers, Diagnostic Centers, Mammography Centers, Urgent Care Centers, Express Care Centers, Endoscopy Centers, Sleep Centers, Medical Arts Surgery Centers, Baptist Health Home Care, Baptist Health Care and Counseling Services, y las oficinas de Baptist Health Medical Group.

Este consentimiento y acuerdo se aplica a cualquier servicio de salud que pueda obtener de los proveedores de Baptist Health en un hospital de una entidad afiliada a Baptist Health, clínica hospitalaria, clínica o consultorio médico y/o de cualquier proveedor individual afiliado de atención médica (médicos, profesionales de la salud asociados, personal médico) que brinden servicios de salud en estas entidades afiliadas a Baptist Health. Entiendo que si bien este consentimiento abarca varias entidades afiliadas a Baptist Health y/o proveedores de atención médica con fines de conveniencia administrativa, cada entidad afiliada a Baptist Health es una entidad separada, algunos proveedores de atención médica afiliados son médicos independientes que brindan servicios en entidades afiliadas a Baptist Health, y Baptist Health South Florida no proporciona ningún servicio de salud.

CONSENT TO TREATMENT

I consent to all medical and surgical procedures and treatment, and services that may be administered or provided to me or my child during my or my child's hospitalization or my or my child's outpatient, clinic, or office visit, and/or otherwise provided at the Baptist Health affiliated entities by health care providers, including but not limited to goods and services, emergency treatment, surgery, medical treatment, radiological examination and diagnostic procedures, laboratory procedures or tests (including tests for blood borne infectious diseases (such as hepatitis or HIV) if ordered by protocol), and/or inpatient or outpatient services performed or rendered and anesthesia and/or medications that may be administered by or under the specific or general instructions of my or my child's physician(s) or surgeon(s) (collectively, the "Health Services"). In addition, I agree to abide by facility regulations designed to enhance the care and safety of their patients and/or required for their orderly operations.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para todos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos y los servicios que se puedan administrar o brindar a mi hijo o a mí durante la hospitalización o atención ambulatoria, en la clínica o visita al consultorio y/o proporcionados en entidades afiliadas a Baptist Health por proveedores de atención médica incluyendo, aunque no exclusivamente, bienes y servicios, tratamiento de emergencia, cirugía, tratamiento médico, exámenes radiológicos y procedimientos de diagnóstico, procedimientos o análisis de laboratorio (incluyendo análisis de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, como hepatitis o VIH, si se indican por protocolo) y/o servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios y anestesia y/o medicamentos que puedan administrarse conforme a indicaciones específicas o generales del médico o cirujano que me atiende a mí o a mi hijo (en conjunto, "servicios de salud"). Además, acepto cumplir con las regulaciones del centro diseñadas para mejorar la atención y seguridad de los pacientes y/o requeridas para sus operaciones diarias.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE AND RELEASE OF INFORMATION

I acknowledge that I was provided with a copy of the Baptist Health Notice of Privacy Practices describing how Baptist Health affiliated entities and health care providers may use and disclose my health information under the federal law for treatment, payment and health care operations by and of Baptist Health affiliated entities and health care providers. Provided that Baptist Health continues its good faith effort to comply with the requirements of the federal privacy law, I hereby consent to the use and disclosure of my health information for the purposes and activities permitted under the federal privacy law, which are described in the Baptist Health Notice of Privacy Practices. I authorize the Baptist Health affiliated entities and/or health care provider(s) to request, receive, use, and disclose my or my child's medical information (including, without limitation, information related to medical and prescription history, mental health, psychiatric or psychological care, alcohol or substance abuse treatment, and/or laboratory procedure results (such as HIV and other test results)), as necessary to provide or coordinate treatment or care, process any claims, and secure and collect payment for any Health Services. Further, I hereby authorize my plan administrator fiduciary, insurer, and/or attorney to release to the above-named Baptist Health affiliates and/or health care provider any and all Plan documents, summary benefit description, insurance policy, and/or settlement information upon written request from the Baptist Health affiliates and/or health care provider or its attorneys in order to claim such medical benefits.

A. PATIENT INFORMATION	B. ENCOUNTER INFORMATION	
LAST NAME, FIRST NAME	ECD #:	MR #
	ENC #:	Person #:

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Confirmando que me entregaron una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Baptist Health que describe la forma en que las entidades afiliadas a Baptist Health y los proveedores de atención médica pueden usar y divulgar información de mi salud conforme a la ley federal para tratamiento, pago y operaciones de atención médica por parte de entidades afiliadas a Baptist Health los proveedores de atención médica. Dado que Baptist Health persiste en sus esfuerzos de buena fe para cumplir con los requisitos de las leyes federales en cuanto a privacidad, por este medio doy mi consentimiento para que se use y revele información sobre mi salud, a los fines y actividades que permitan dichas leyes, los que se explican en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Baptist Health. Yo autorizo a las entidades afiliadas a Baptist Health y/o los proveedores de atención médica a solicitar, recibir, usar y divulgar información médica de mí o de mi hijo (incluyendo, aunque no exclusivamente, información relacionada con la historia clínica y las recetas médicas, atención de salud mental, psiquiátrica o psicológica, tratamiento de abuso de alcohol o sustancias, y/o resultados de procedimientos de laboratorios, como VIH y resultados de otras pruebas), según sea necesario para proporcionar o coordinar tratamiento o atención, procesar una reclamación y asegurar y cobrar pagos para cualquier servicio de salud. Además, por la presente autorizo al administrador fiduciario de mi plan, aseguradora y/o abogado a divulgar a los afiliados a Baptist Health y/o los proveedores de atención médica mencionados anteriormente cualquiera y todos los documentos del plan, descripción del resumen de beneficios, póliza de seguro y/o información de liquidación previa solicitud por escrito de los afiliados a Baptist Health y/o los proveedores de atención médica o sus abogados para reclamar dichos beneficios médicos.

BAPTIST HEALTH REP.

INITIALS/INICIALES

MEDICAL EDUCATION & RESEARCH

I understand and acknowledge that the Baptist Health affiliated entities are teaching facilities, and that my medical treatment may be observed and/or aided by residents, medical students, or other students in the course of their training as health care professionals. I authorize Baptist Health to retain, preserve, and use for scientific, educational, commercial, or research purposes, or dispose of as it may see fit, any specimen, bodily materials, or tissues taken from my body during hospital or clinical visits, and I understand that I will not share in the proceeds from any commercial product derived from them.

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Entiendo y confirmo que las entidades afiliadas a Baptist Health son centros de enseñanza y que mi tratamiento médico puede ser observado y/o asistido por residentes, estudiantes de medicina u otros alumnos en el transcurso de su capacitación como profesionales de la salud. Autorizo a Baptist Health a retener, conservar y usar con fines científicos, educativos, comerciales o de investigación, o eliminar como considere conveniente, cualquier muestra, tejido o material biológico extraído de mi cuerpo durante visitas al hospital o la clínica, y entiendo que no participaré de las ganancias de cualquier productos comercial derivado de ellos.

ADVANCE DIRECTIVES INFORMATION -- INPATIENTS:

I acknowledge that should I be admitted, I will receive written information concerning my individual rights under Florida law to make decisions concerning my medical/health care. I understand that I have the right to execute an Advance Directive and will be provided the opportunity to do so. I understand that I am not required to execute an advance directive as a condition of receiving care at this hospital. I also acknowledge and understand that the terms of my advance directive, should I choose to execute one, will be followed by this hospital to the extent required or allowable by law.

INFORMACIÓN SOBRE DIRECTRICES ANTICIPADAS (Solamente para pacientes adultos hospitalizados):

Yo declaro que si se me ingresa, recibiré información por escrito sobre mis derechos individuales bajo las leyes de la Florida para tomar decisiones sobre mi atención médica/salud. Yo comprendo que tengo el derecho de ejecutar una Directriz Anticipada y que se me dará la oportunidad de hacerlo. Comprendo que no se me obliga a ejecutar una directriz anticipada como una condición para recibir atención en este hospital. Yo también reconozco y comprendo que los términos de mi directriz anticipada –de escoger ejecutar una- serán seguidos por este hospital hasta donde la ley lo requiera o permita.

ADVANCE DIRECTIVES INFORMATION -- OUTPATIENTS:

Based on the nature of outpatient services, where a patient's stay is short term and doesn't allow sufficient time for a physician to determine if the conditions of the Living Will have been met, as permitted by Florida Law, full care within the capabilities of the facility will be provided. If the patient insists that he/she wants resuscitative measures withheld, any treatment, test or procedure will be cancelled. Patients will be instructed to notify their physician, with the exception of any treatment test or procedure requiring the physician's presence. In these cases the referring physician will be notified and the reasons for cancellation documented in the medical record.

INFORMACIÓN SOBRE DIRECTRICES ANTICIPADAS:

Conforme a la naturaleza de los servicios ambulatorios, en los que la brevedad de la estancia del paciente no permite que un médico tenga tiempo suficiente para determinar si se han cumplido las estipulaciones del Testamento Vital, de acuerdo con lo permitido por la legislación del estado de Florida, se brindará atención completa según las capacidades del centro. Si el paciente insiste en que no desea la implementación de medidas de resucitación, se suspenderá todo tratamiento, prueba o procedimiento. Al paciente se le indicará que notifique a su médico, con excepción de cualquier tratamiento, prueba o procedimiento que requiera la presencia del médico. En tales casos, se notificará al médico remitente y los motivos de la cancelación se documentarán en la historia clínica.

A. PATIENT INFORMATION	C. ENCOUNTER INFORMATION	
LAST NAME, FIRST NAME	ECD #:	MR #
	ENC #:	Person #:

INDEPENDENT PRACTITIONERS

I recognize that physicians, surgeons and allied health professionals providing medical services to me or my child as a patient of a Baptist Health affiliate are private practicing physicians/professionals and not employees or agents of the Baptist Health affiliate. These private physicians/professionals include, without limitation, radiologists, anesthesiologists, pathologists, emergency room physicians, ICU physicians, neonatologists and all other physicians/professionals called in consultation or who may otherwise be involved in providing Health Services to me or my child based on their independent professional judgment. I recognize that it is the duty of the private practicing physicians/professionals, and not the duty of the Baptist Health affiliated entities, to provide medical or surgical procedures. I agree that the Baptist Health affiliated entities are discharged from any liability for the actions of the private practicing physicians/professionals.

MÉDICOS INDEPENDIENTES

Reconozco que los médicos, cirujanos y profesionales de la salud asociados que brindan servicios médicos a mi hijo o a mí como paciente de un afiliado a Baptist Health son médicos/profesionales que ejercen la práctica privada y no empleados o agentes del afiliado a Baptist Health. Estos médicos/profesionales privados incluyen, sin limitación, a radiólogos, anestesiólogos, patólogos, médicos de salas de emergencia, médicos de UCI, neonatólogos y todos los demás médicos/profesionales llamados a consulta o que participen de otro modo en los servicios de salud proporcionados a mi hijo o a mí según su criterio profesional independiente. Reconozco que es obligación de los médicos/profesionales que ejercen la práctica privada, y no de las entidades afiliadas a Baptist Health, realizar los procedimientos médicos o quirúrgicos. Acepto que las entidades afiliadas a Baptist Health quedan eximidas de toda responsabilidad por las acciones de los médicos/profesionales que ejercen la práctica privada.

PHOTOGRAPHY AND RECORDINGS

I authorize the Baptist Health affiliates to take pictures, videos, or other electronic recordings or reproductions of my or my child's medical or surgical procedure(s) and condition(s) and to include such photos, videos, or other electronic recordings or reproductions in my medical records, and to the use of any non-identifiable photographs, videos, or other electronic recordings or reproductions for treatment, educational and research purposes.

FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES

Autorizo a los afiliados de Baptist Health a tomar fotografías, videos u otras grabaciones o reproducciones electrónicas de las afecciones y los procedimientos médicos o quirúrgicos en mi hijo o en mí y a incluirlos en mi historia clínica y al uso de fotografías, videos u otras grabaciones o reproducciones electrónicas no identificables con fines de tratamiento, educación e investigación

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS AND APPOINTMENT AUTHORIZED REPRESENTATIVE

I hereby assign to the above-named Baptist Health affiliates and/or health care provider(s), as my designated authorized representative, all medical benefits and/or insurance or governmental agency or program reimbursement, if any, payable to me for Health Services rendered or provided by the Baptist Health affiliates or health care providers, regardless of their managed care network or program participation status. Where MEDICARE AND MEDICAID BENEFITS are applicable, I certify that, as a Medicare beneficiary I have received the Medicare beneficiary notice "An important message from Medicare", and that the information given by me in applying for payment under Title XVIII or XIX of the Social Security Act is correct, and request that these payments of authorized benefits be made directly to this facility and its affiliates, attending and consulting physicians and allied health professionals on my behalf.

I also assign and/or convey to the Baptist Health affiliates and/or health care provider(s) any legal or administrative claim or chose in action arising under any group health plan, employee benefits plan, health insurance or other insurance concerning medical expenses incurred as a result of the Health Services I receive from the Baptist Health affiliates and/or health care provider(s) (including any right to pursue legal or administrative claims or choses in action). This constitutes an express and knowing assignment of any claims under ERISA.

I intend by this assignment and designation of authorized representative to convey to the Baptist Health affiliates and/or health care provider(s) all of my rights to claim (or place a lien on) the medical benefits related to the Health Services by the Baptist Health affiliates and/or health care provider(s), including rights to any settlement, insurance or applicable legal or administrative remedies. The assignee (Baptist Health affiliates and/or health care provider(s)) is given the right by me to (1) obtain information regarding the claim to the same extent as me; (2) submit evidence; (3) make statements about facts or law; (4) make any request including providing or receiving notice of appeal proceedings; (5) participate in any administrative and judicial actions and pursue claims or chose in action or right against any liable party, insurance company, employee benefit plan, health care benefit plan, or plan administrator. The Baptist Health affiliates and/or health care provider(s) as my assignee and my designated authorized representative may bring suit against any such party in my name at provider's expense. I further acknowledge that this assignment of benefits does not in any way relieve me of my obligation to make payment to the Baptist Health affiliates and/or health care provider(s), and that I will remain financially responsible to them until all charges are paid in full.

Unless revoked, this assignment is valid for all administrative and judicial reviews under ERISA, Medicare, Medicaid and applicable federal and state laws. A photocopy of this assignment is to be considered valid, the same as if it was the original.

A. PATIENT INFORMATION	C. ENCOUNTER INFORMATION	
LAST NAME, FIRST NAME	ECD #:	MR #
	ENC #:	Person #:

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por la presente nombro a los afiliados a Baptist Health y/o los proveedores de atención médica mencionados anteriormente como mis representantes autorizados, todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro o agencia gubernamental o programa, si hubieren, pagaderos a mí por servicios de salud prestados o proporcionados por afiliados a Baptist Health o proveedores de atención médica, independientemente de su estado de participación en una red o programa de atención administrada. En los casos en que los BENEFICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID sean aplicables, certifico que, si como beneficiario de Medicare he recibido el aviso "Mensaje importante de Medicare", la información proporcionada por mí al solicitar el pago conforme al Título XVIII o XIX de la Ley de Seguro Social es correcta, y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre directamente a este establecimiento y sus afiliados, a los médicos a cargo y consultores, así como a los profesionales de la salud asociados.

También asigno y/o cedo a los afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica cualquier reclamación legal o administrativa o derecho de acción que surja bajo cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro de salud u otro seguro relacionado con gastos médicos incurridos por servicios de salud que reciba de los afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica (incluyendo cualquier derecho a presentar una reclamación legal o administrativa, o una acción legal). Esto constituye una asignación urgente e informada de las reclamaciones conforme a ERISA.

Tengo la intención mediante esta asignación y designación de un representante autorizado a ceder a los afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica todos mis derechos a reclamar (o establecer un gravamen sobre) los beneficios médicos relacionados con servicios de salud por parte de afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica, incluyendo los derechos a cualquier liquidación, seguro o recursos legales o administrativos aplicables. El apoderado (afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica) tiene el derecho otorgado por mí para (1) obtener información sobre la reclamación en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud incluyendo proporcionar o recibir notificaciones de juicios de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial, y presentar reclamaciones, acciones legales o reclamar derechos contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. Los afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica como mi apoderado y mi representante autorizado puede demandar a cualquier parte en mi nombre a expensas del proveedor. Asimismo reconozco que esta asignación de beneficios de ningún modo me libera de mi obligación de pagar a los afiliados a Baptist Health y/o proveedores de atención médica y que seguiré siendo responsable en términos financieros ante ellos hasta que todos los cargos se paguen en su totalidad.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales conforme a ERISA, Medicare, Medicaid y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida, como si fuera el original.

GUARANTEE OF PAYMENT

I guarantee payment of any and all charges incurred, which are either my responsibility or which are not covered or allowable by my insurance, or Medicare, if any, to the Baptist Health affiliated entities, attending and consulting physicians and allied health professionals. This includes any co-payments or deductibles, denial of payment due to lack of medical necessity or pre-certification/authorization (as may be determined by a review organization), lack of affiliation with an HMO or any other constraint imposed as a condition of my insurance coverage. It is further agreed that if this account is referred for collection, I will pay the costs of collection including litigation costs and reasonable trial and appellate attorney's fees. An itemized bill is available from Patient Financial Services. I understand and acknowledge that the bill I will receive may not include charges for the services provided at the Baptist Health affiliates by attending, hospital based, and consulting physicians and allied health professionals. While I understand that these individual physicians may bill my insurance company (HMO, insurance, etc.) as a courtesy, I may be billed separately by these individuals, who may or may not be contracted providers with my insurance company (if insured), and understand it is my responsibility to pay for those services provided that are my responsibility, whether or not covered by my insurance

GARANTÍA DE PAGO

Garantizo el pago de cualquiera y todos los cargos en que haya incurrido, ya sean mi responsabilidad o que no estén cubiertos o autorizados por mi seguro o Medicare, si hubieren, a las entidades afiliadas a Baptist Health a los médicos a cargo y consultores, así como a los profesionales de la salud asociados. Esto incluye copagos o deducibles, rechazo de pago debido a que no hubo una necesidad médica o certificación/autorización previa (según pueda determinarlo una organización revisora), a la falta de afiliación a una HMO, o a cualquier otra restricción impuesta como condición de mi cobertura de seguro. Asimismo se acuerda que si esta cuenta se remite para el cobro, pagaré los costos de cobro incluyendo costos de litigio y honorarios razonables de abogados en caso de juicio y apelación. Usted puede solicitar una factura desglosada al Departamento de Servicios Financieros del Paciente. Entiendo y confirmo que es posible que la factura que recibiré no incluya cargos de servicios proporcionados en afiliados a Baptist Health por los médicos tratantes, consultores, del hospital y profesionales de la salud asociados. Si bien entiendo que estos médicos pueden facturar a mi compañía de seguros (HMO, seguro, etc.) como una cortesía, estas personas, que pueden o no ser proveedores contratados por mi compañía de seguros (si estuviera asegurado) pueden facturarme a mí de manera separada y entiendo que es mi obligación pagar esos servicios siempre que sean mi responsabilidad, estén o no cubiertos por mi seguro.

THIRD PARTY COMMUNICATIONS

I hereby consent to and authorize this facility and its affiliates as well as any third parties acting on their behalf or for their benefit and any successors, assigns, affiliates, or agents, including without limitation any debt collectors, to make calls to, send text messages to, communicate with me and/or contact me at any telephone number or e-mail address associated with my account(s), including, without limitation, any telephone number assigned to a paging services, cellular telephone service, specialized mobile radio service, or other radio common carrier service, or any service for which I am charged for the call, whether such number or e-mail address was provided by me in the past, present or future or whether such number was obtained by any other method whatsoever. I agree that methods of contact many include using pre-recorded or artificial voice message and/or an automatic telephone dialing system. This consent and authorization shall be construed as broadly as possible under 47 U.S.C.A section 227.

A. PATIENT INFORMATION	C. ENCOUNTER INFORMATION	
LAST NAME, FIRST NAME	ECD #:	MR #
	ENC #:	Person #:

COMUNICACIONES DE AGENTES AFILIADOS

Por este medio doy mi consentimiento y autorizo a este centro, a sus filiales, así como a cualquier tercero que actúe en su nombre o en su beneficio y a todos sus sucesores, cesionarios, afiliados o agentes, incluyendo, a título enunciativo pero no limitativo, a cualquier acreedor, a llamarme, enviarme mensajes de texto, comunicarse conmigo y/o ponerse en contacto conmigo a cualquier número telefónico asociado a mi(s) cuenta(s), incluidos, sin limitarse a estos, cualquier número telefónico asignado a servicios de buscapersonas, de telefonía celular, de radiofonía móvil especializada o de otros servicios comunes de radiofonía, o cualquier servicio por el cual se me cobre por la llamada, sea que dicho número fuera proporcionado por mí en el pasado, presente o futuro o fuera obtenido de alguna otra forma. Acepto que los métodos de comunicación podrían incluir el uso de mensajes de voz artificial o pregrabada y/o un sistema de discado telefónico automático. Este consentimiento y autorización serán interpretados de la forma más amplia posible según lo dispuesto en la sección 227 del título 47 del código de EE.UU.

EMAIL COMMUNICATIONS

By providing an e-mail address, I will be able to access the Baptist Health patient portal to obtain information about the services I received at the Baptist Health affiliated entities. I consent to the use of that e-mail by the Baptist Health affiliated entities to communicate with me and to send me information related to the services provided by the Baptist Health affiliated entities, and other related reasons. However, e-mail will not be used to communicate clinical information about my condition, care, or treatment with me unless I separately consent to use e-mail for that purpose. I understand that this facility and/or its affiliates and their employees, medical staff and agents may use, save, and have access to e-mails that are sent from or to me for these and any legally permitted purposes. I also understand that e-mails may include personal information about me, that the information included may be accessed by any individual who has access to the e-mail address I have provided, and that it is my responsibility to safeguard access to that information. (Note: Any e-mail address provided by a parent for communication on behalf of a patient who is their minor child will no longer be used by Baptist Health after the date that child becomes an adult).

COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO

Al proporcionar una dirección de correo electrónico arriba, podré tener acceso al portal para pacientes de Baptist Health para obtener información sobre los servicios que recibí en entidades afiliadas a Baptist Health. Acepto que las entidades afiliadas a Baptist Health usen ese correo electrónico para comunicarse conmigo y enviarme información relacionada con los servicios proporcionados por las entidades afiliadas a Baptist Health y con otros motivos afines. Sin embargo, no se usará ese correo electrónico para comunicar información clínica sobre mi afección, atención o tratamiento a menos que dé mi consentimiento por separado para que se use el correo electrónico con ese fin. Comprendo que este centro y/o sus filiales y sus empleados, personal médico y agentes pueden usar, salvar y tener acceso a mensajes electrónicos que se envíen por o a mi persona con estos y cualesquier propósitos permitidos por ley. Comprendo también que es posible que los correos electrónicos contengan información personal sobre mi persona, que la información incluida pueda ser accedida por cualquier persona física que tenga acceso a la dirección de correo electrónico que yo haya proporcionado, y que es mi responsabilidad salvaguardar el acceso a la información. (Nota: toda dirección de correo electrónico proporcionada por el padre/madre para comunicación en nombre del paciente que sea menor de edad, se dejará de usar por Baptist Health después de la fecha en que dicho menor cumpla la mayoría de edad).

I acknowledge that I have been given an opportunity to read, ask questions about, and receive a copy of this consent form and the Patient's Bill of Rights and that I understand their contents and/or have had any of my questions answered to my satisfaction. I also agree to all of the provisions included in this consent, which I understand will be applicable to any and all Health Services that may be provided at the Baptist Health affiliated entities by health care providers.

Confirmo que se me ha dado la oportunidad de leer, hacer preguntas y recibir una copia de este formulario de consentimiento y la declaración de derechos del paciente y que entiendo el contenido y/o todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Además, acepto que todas las disposiciones incluidas en este consentimiento, que entiendo que será aplicable a cualquiera y todos los servicios de salud que puedan proporcionarse en las entidades afiliadas a Baptist Health por proveedores de atención médica durante un período de un (1) año a partir de la fecha de la firma.

PRINT NAME/ NOMBRE (EN LETRA MOLDE)	DATE/TIME FECHA/HORA	SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE/ FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE	PERSONAL REP'S AUTHORITY TO ACT/ RELACION DE AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE
--	-------------------------	--	---

A. PATIENT INFORMATION	C. ENCOUNTER INFORMATION	
LAST NAME, FIRST NAME	ECD #:	MR #
	ENC #:	Person #:

SPECIAL SEPARATE NOTICE FROM THE BAPTIST HEALTH AFFILIATED ENTITIES

(This notice is required by law. If you have any questions or concerns, please let us know before signing.)

I acknowledge that I have been given this separate written conspicuous notice by the Baptist Health affiliated entities, Florida International University/Board of Trustees of the Florida international University (“FIU”), a public body corporate of the State of Florida and the University of South Florida/ University of South Florida Board of Trustees, a public body corporate of the State of Florida (“USF”), that some or all of the care and treatment I receive at certain Baptist Health affiliated entities will or may be provided by physicians who are employees and/or agents of FIU or USF, and liability, if any, that may arise from that care is limited as provided by law. I acknowledge that such physicians who are employees and/or agents of FIU or USF are under the control of FIU or USF respectively, not the Baptist Health affiliated entities, when they render care and treatment at the Baptist Health affiliated entities pursuant to the affiliation agreements between USF and certain Baptist Health affiliated entities and FIU and certain Baptist Health affiliated entities, and such USF and FIU physicians are not the employees or agents of the Baptist Health affiliated entities. I hereby certify that I am the patient or a person who is authorized to give consent for the patient.

AVISO ESPECIAL SEPARADO DE LAS ENTIDADES AFILIADAS A BAPTIST HEALTH

(La ley exige este aviso. Si tiene alguna pregunta o inquietud, infórmenos antes de firmar).

Reconozco que he recibido este aviso preciso por escrito y por separado de las entidades afiliadas a Baptist Health, Florida International University/Junta de Fideicomisarios de Florida International University (“FIU”), una entidad jurídica pública del Estado de la Florida y University of South Florida/la Junta de Fideicomisarios de University of South Florida, una entidad jurídica pública del Estado de la Florida (“USF”), que alguno o todos los cuidados y tratamientos que reciba en algunas entidades afiliadas a Baptist Health serán o podrán ser proporcionados por médicos que son empleados y/o agentes de FIU o USF, y la responsabilidad, si hubiera, que pueda surgir de esa atención se limita a lo que establece la ley. Reconozco que dichos médicos que son empleados y/o agentes de FIU o USF están bajo el control de FIU o USF respectivamente, no las entidades afiliadas a Baptist Health, cuando proporcionan atención y tratamiento en las entidades afiliadas a Baptist Health conforme a los acuerdos de afiliación entre USF y algunas entidades afiliadas a Baptist Health y FIU y algunas entidades afiliadas a Baptist, y dichos médicos de USF y FIU no son empleados o agentes de las entidades afiliadas a Baptist Health. Por este medio certifico que soy el paciente o una persona que está autorizada a otorgar consentimiento en nombre del paciente.

 PRINT PATIENT NAME/
NOMBRE (EN LETRA MOLDE)

 DATE/TIME
FECHA/HORA

 SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE/
FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE

 PERSONAL REP'S NAME & AUTHORITY TO ACT/
RELACION DE AUTORIDAD DEL RERESIDENTANTE