



Health Network General Consent
Formato de consentimiento general

Yo/I _____
Nombre del paciente / Name of patient *Fecha de nacimiento / Date of birth*

Doy mi consentimiento para que el programa, Health Network, piden, retengan y envíen mis expedientes médicos para fines de coordinación de la atención médica por el tiempo que necesite atención. Entiendo que puedo pedir en cualquier momento no necesitar asistencia y poder dejar de participar sin afectar el cuidado que recibiré. / I give my consent for Health Network to request, receive and send my medical records to any medical provider for the time I need attention. I understand that at any moment, if I no longer need assistance, I can stop participating without it affecting the health care services I receive.

Firma/ Signature *Fecha de Firma / Date of Signature*

Fecha de caducidad / Expiration Date

Firma de Testigo / Signature of Witness *Fecha de Firma del Testigo /Signature of Witnessing*

Un contacto en los EEUU que siempre sabrá del paciente con quien Health Network se puede comunicar/ A contact person in the United States with whom Health Network can communicate who will always know the patient's location.

Nombre del contacto / Name of contact *# telefónico o correo electrónico / Phone # or email*

**Para que este formulario de consentimiento pueda ser vigente, toda la información solicitada DEBE ser incluida/ So that this consent form can be valid, all requested information must be included.*

Para el proveedor de servicios de salud / For the health care provider.

Medical reason to request continuity of care support from Health Network:

Health care services required by the patient:

Please attach all medical records (screening results, hospital discharge plans, lab results) to this consent.