



1912 Hayes Ave  
Sandusky, OH 44870  
P: 419-502-2800

265 Benedict Ave  
Norwalk, OH 44857  
P: 419-502-2800

620 E. Water St Ste A  
Sandusky, OH 44870  
P: 419-502-2800

## **Bienvenido a su hogar de atención médica**

Family Health Services (FHS) es un centro de salud federalmente calificado (FQHC) sin fines de lucro que brinda atención médica asequible y de calidad para todos. Nuestros médicos y enfermeras practicantes se esfuerzan por mejorar la salud de nuestra comunidad brindando servicios de atención primaria a personas y familias de todas las edades y orígenes. Tenemos la capacidad única de ofrecer servicios médicos a personas de todos los ámbitos de la vida y así ayudarlos a pagar una atención de alta calidad.

## **Asistencia financiera disponible**

Aceptamos Medicaid, Medicare y planes de la mayoría de las compañías de seguros. También utilizamos una escala móvil de tarifas para los pacientes que no tienen seguro o cuya cobertura no cubrió las facturas. Básicamente, ajustamos los precios de nuestros servicios de atención médica en función de su capacidad de pago..

## **Hogar médico centrado en el paciente (PCMH)**

En FHS, creemos que la atención médica está impulsada por el paciente, quien es el centro de su propia atención. Nos aseguramos de que las decisiones se tomen con respecto a sus deseos y necesidades. Se educa a los pacientes, teniendo en cuenta su nivel de comprensión, sobre cualquier decisión médica que deban tomar. La atención a los pacientes se coordina en todos los entornos, incluidas las derivaciones a especialistas, terapeutas y atención médica domiciliaria. Los pacientes pueden acceder a servicios con tiempos de espera más cortos y atención "fuera de horario" a través de comunicaciones electrónicas o telefónicas las 24 horas, los 7 días de la semana. ¡Esperamos poder ayudarle a obtener su más alto nivel de salud!

Siga las instrucciones a continuación para acceder a su portal para pacientes y utilizar la aplicación HEALOW.

## **Acceda al Portal del Paciente**

- 1) Proporcione su correo electrónico (no laboral) a la recepción.
- 2) Siga las instrucciones en el correo electrónico que reciba de Family Health Services.
- 3) Vaya a [familyhs.org](http://familyhs.org)
- 4) Seleccione PORTAL DEL PACIENTE (ubicado en la parte inferior de la página de inicio, o en la parte superior de la página de inicio en la pestaña Servicios al paciente).
- 5) Haga clic en Acceder al Portal del Paciente.
- 6) Llegarás a la pantalla de Bienvenida. Desde allí, puede registrarse en el portal del paciente y descargar la aplicación HEALOW.
- 7) Ingresa a tu cuenta con el nombre de usuario y contraseña que elegiste.

## **Obtenga la solicitud de Healow hoy**

- 1) Descargue la aplicación Healow de la tienda de aplicaciones de Apple o Google.
- 2) Ingrese nuestro código de práctica: ACBJAA
- 3) Ingrese su nombre de usuario y contraseña del portal para iniciar sesión (o si no tiene unacuenta del portal, consulte a nuestro personal sobre cómo registrarse).
- 4) Cree un PIN para acceder de forma segura a sus registros.
- 5) Si desea configurar su cuenta del portal o la aplicación HEALOW pero tiene problemas para hacerlo, no dude en pedir ayuda a uno de los miembros de nuestro personal. ¡Esperamos poder ayudarle a obtener su más alto nivel de salud!

## ADMISIÓN DE PACIENTE

Somos un centro de salud calificado a nivel federal y debemos hacer las siguientes preguntas. Toda la información es confidencial y se utiliza únicamente con fines informativos. Los formularios de admisión y los consentimientos de los pacientes deben actualizarse anualmente en la fecha del aniversario.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO:		NOMBRE DE PILA:		MI:
NOMBRE PREFERIDO: (si corresponde)		<b>GÉNERO:</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NEGARSE A DIVULGAR <input type="checkbox"/> OTRO: _____		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:				
FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AAAA)				
<b>ETNICIDAD:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> NEGARSE A DIVULGAR				
<b>CARRERA: (Puedes marcar más de uno)</b> <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> NEGARSE A DIVULGAR <input type="checkbox"/> OTRO: _____		Eres un veterinario de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
		<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDA/VIUDO <input type="checkbox"/> LEGALMENTE SEPARADO <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DE VIDA <input type="checkbox"/> OTRO: _____		
<b>LENGUAJE PRIMARIO:</b> <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO: _____		<b>ORIENTACIÓN SEXUAL: ¿PIENSAS EN TI MISMO COMO:</b> <input type="checkbox"/> RECTO / HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA <input type="checkbox"/> GAY/HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BI-SEXUAL <input type="checkbox"/> TRANSEXUAL <input type="checkbox"/> NEGARSE A DIVULGAR <input type="checkbox"/> OTRO: _____		
<b>SE NECESITA INTÉRPRETE:</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
<b>SITUACIÓN DE TRABAJADOR MIGRANTE:</b> ¿En los últimos dos años usted o algún miembro de su familia ha trabajado en campos, huertas, invernaderos, granjas, viñedos, empacadoras o con animales como ganado vacuno, lecheros, ovinos, avícolas, piscifactorías, etc.?				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
<b>¿CÓMO SE ENTERÓ DE LOS SERVICIOS DE SALUD FAMILIAR?</b> <input type="checkbox"/> De un amigo o paciente: _____ <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ <input type="checkbox"/> EVENTO COMUNITARIO <input type="checkbox"/> REDES SOCIALES (FACEBOOK, TWITTER)) <input type="checkbox"/> HOSPITAL U OTRO PROVEEDOR: _____		<input type="checkbox"/> CARTELERA <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> CONTACTADO POR FHS <input type="checkbox"/> OTRO: _____		

**DIRECTIVAS AVANZADAS**

¿Tiene usted un testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí (por favor proporcione una copia) <input type="checkbox"/> No	¿Cuenta con PODER MÉDICO O ABOGADO? <input type="checkbox"/> Sí (por favor proporcione una copia) <input type="checkbox"/> No
---	---

**DIRECCIÓN POSTAL DEL PACIENTE**

DIRECCIÓN POSTAL O APARTADO DE CORREOS:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:

**ESTADO DE LA VIVIENDA**

<input type="checkbox"/> PROPIETARIO PRIVADO <input type="checkbox"/> RESIDENTE DE VIVIENDA PÚBLICA <input type="checkbox"/> REFUGIO <input type="checkbox"/> SIN HOGAR <input type="checkbox"/> TRANSICIONAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
TAMAÑO DEL HOGAR:  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	INGRESO ANUAL ESTIMADO DEL HOGAR (Sólo complete uno): <input type="checkbox"/> Tarifa/hora: _____ Horas/Semana: _____ <input type="checkbox"/> Ingreso Semanal: _____ <input type="checkbox"/> Ingresos quincenales: _____ <input type="checkbox"/> Ingresos anuales: _____

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE**

MOBILE PHONE:	TELEFONO ALTERNATIVO:	CORREO ELECTRÓNICO:
---------------	-----------------------	---------------------

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)**

NOMBRE: (ULTIMO, PRIMERO, MI)			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE: (ULTIMO, PRIMERO, MI)			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	NÚMERO DE TELÉFONO:

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:
---------	---------------------	---------------------------

**FARMACIA PREFERIDA** TODAS LAS RECETAS SERÁN RECETADAS ELECTRÓNICAMENTE Y ENVIADAS A LA FARMACIA PREFERIDA IDENTIFICADA. LAS RECETAS CONTROLADAS DEBEN RECOGERSE DIRECTAMENTE EN UNA CLÍNICA DE FHS.

NOMBRE:	CIUDAD:	NÚMERO DE TELÉFONO:
---------	---------	---------------------

**DO YOU HAVE INSURANCE**     Sí  NO

*(En caso afirmativo, complete la información a continuación e incluya una copia de la identificación (licencia), así como una copia de tarjeta de seguro. Para menores: incluya copia de la identificación del padre/tutor designado por el tribunal. Para clínicas escolares: se pueden hacer copias en la escuela o enviar una fotografía de la licencia y la(s) tarjeta(s) de seguro a [clinicinfo@familyhs.org](mailto:clinicinfo@familyhs.org))*

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

<b>SEGURO PRIMARIO:</b>		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____		
POLÍTICA #: _____	GRUPO #: _____	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____		
CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
FECHA EFECTIVA: _____	FECHA DE CADUCIDAD: _____	
<b>SEGURO SECUNDARIO:</b>		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____		
POLÍTICA #: _____	GRUPO #: _____	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____		
CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
FECHA EFECTIVA: _____	FECHA DE CADUCIDAD: _____	

**INFORMACIÓN DEL GARANTE/PARTE RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)**

NOMBRE DE PILA: _____ MI: _____ APELLIDO: _____		
DIRECCIÓN: _____		
CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	SSN#: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE:: _____		EMPLEADOR: _____

**DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DEL PACIENTE (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN POSTAL)**

DIRECCIÓN POSTAL O APARTADO DE CORREOS :		
CIUDAD:	ESTADO :	CÓDIGO POSTAL :

*(Si selecciona No, un asesor financiero se comunicará con usted para analizar la inscripción al seguro, las escalas móviles de tarifas y/o otras opciones de pago)*

**Al firmar a continuación, entiendo que Family Health Services ofrece una escala móvil de tarifas que se ofrece a todos los pacientes. Los niveles están publicados dentro de las clínicas y están disponibles previa solicitud. Entiendo que puedo recuperar un Sliding Solicitud de Barrera de Tarifas por parte de cualquiera de los recepcionistas.**

Firma aquí

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

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

## Formulario de reconocimiento de HIPAA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

En mi nombre o el de mi hijo menor u otro paciente mencionado anteriormente, reconozco las declaraciones realizadas en este formulario. Los cambios o modificaciones a este formulario no son vinculantes para Family Health Services.

**Usos y divulgación de información de salud:** He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Family Health Services. Los Estándares Federales de Privacidad explican cómo Family Health Services puede usar y divulgar información de salud confidencial que me identifica (o al paciente mencionado anteriormente) como se describe en los Estándares Federales de Privacidad. Al hacerlo,

- Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud (o la del paciente mencionado anteriormente) y la información de mi cuenta financiera a todos los terceros pagadores y/o sus agentes identificados por Family Health Services, sus agentes de facturación, agentes de cobro, abogados, o consultores. Esto incluye otros agentes que representan a Family Health Services o brindan asistencia a Family Health Services con el fin de asegurar el pago de todas las partes que son potencialmente responsables del pago de mi atención médica (o la del paciente mencionado anteriormente), incluso por abuso de sustancias, atención psiquiátrica, atención médica, o VIH, si corresponde.
- Si corresponde, autorizo a Family Health Services a divulgar toda la información de salud contenida en mis registros de paciente al Distrito Escolar de mi hijo menor (o al paciente mencionado anteriormente), \_\_\_\_\_ para tratamiento y según sea necesario para el cuidado de mi hijo menor (o el paciente mencionado anteriormente) seguridad y educación a exclusivo criterio de Family Health Services. Entiendo y reconozco que esto puede incluir tratamiento para enfermedades físicas y mentales, abuso de alcohol/drogas y/o resultados o diagnósticos de pruebas de VIH/SIDA. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia para pacientes ambulatorios como se define a continuación.\* La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización por separado. Esta autorización expirará automáticamente cada año, cuando Family Health Services ya no brinde servicios de atención médica en la escuela al Distrito Escolar, cuando el menor (o el paciente mencionado anteriormente) ya no sea estudiante del Distrito Escolar, o cuando yo revocar esta autorización, lo que ocurra primero.
- Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Family Health Services ya haya confiado en mi consentimiento mediante una notificación por escrito enviada a: Administrator, Family Health Services, 1912 Hayes Avenue, Sandusky, OH 44870.

*\*Las notas de psicoterapia se definen como notas que documentan sesiones de asesoramiento privadas, conjuntas, grupales o familiares que están separadas del resto del historial médico de un paciente.*

**Comunicación:**

1) Family Health Services participa en uno o más Intercambios de Información de Salud. Los intercambios de información médica son redes electrónicas que se utilizan para brindar acceso seguro a sus registros médicos. Doy mi consentimiento voluntariamente para permitir el acceso a mi información de salud a través de los Intercambios de información de salud. Puedo optar por no recibir este consentimiento en cualquier momento en: Administrator, Family Health Services, 1912 Hayes Avenue, Sandusky, OH 44870.

2) Autorizo a Family Health Services a dejar un mensaje en mi contestador automático o correo de voz sobre citas programadas, premedicación e instrucción.

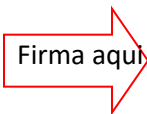
3) Autorizo a las siguientes personas a obtener información médica sobre mí (o el paciente mencionado anteriormente). Family Health Services no es responsable de la información proporcionada si se la proporciona a las personas que se enumeran a continuación.

Nombre de la persona permitida Información de salud: \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona permitida Información de salud: \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Responsable \*\*

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente o parte responsable \*\*

\_\_\_\_\_

Relación de la parte responsable con el paciente

*\*\* Si no es la firma del paciente, una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente debe acompañar la solicitud (es decir, tutor de la persona designado por el tribunal, poder notarial duradero para atención médica). Excepción: el padre biológico que firma por un paciente menor de dieciocho años.*

## CONSENT TO TREATMENT

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para servicios de atención médica:** Solicito que se me brinden servicios de atención médica a mí (o a mi hijo menor o al paciente mencionado anteriormente) en la Oficina de Servicios de Salud Familiar y/o en la Clínica Escolar. Doy mi consentimiento voluntariamente para todos los tratamientos médicos y servicios relacionados con la atención médica que los cuidadores de Family Health Services consideren necesarios para mí (o el paciente mencionado anteriormente). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de imágenes y de laboratorio, incluidas las pruebas de VIH. Si deseo que alguna prueba de VIH se realice de forma anónima, se lo comunicaré a mi cuidador de Family Health Services. Mi sangre puede usarse para realizar pruebas de control de calidad de rutina. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no se me han dado garantías sobre los resultados de los tratamientos y exámenes. Se proporcionará un resumen posterior a la visita, previa solicitud.

Iniciales aquí

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo menor (o el paciente mencionado anteriormente) asista a las citas sin la presencia de un adulto. \*\*El niño (o el paciente mencionado anteriormente) debe tener al menos 14 años o más.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** He revisado una copia del folleto Derechos y responsabilidades del paciente de Family Health Services, publicado en las áreas de la clínica. Se me puede dar una copia si la solicito.

### Responsabilidad financiera:

- A) A) Sujeto a la ley aplicable y a los términos y condiciones de cualquier contrato aplicable entre Family Health Services y un tercero pagador, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o al paciente mencionado anteriormente) , Acepto ser financieramente responsable y estar obligado a pagar a Family Health Services por cualquier saldo no pagado según la "Asignación de beneficios/terceros pagadores"
- O,
- B) B) Sujeto a la ley aplicable y a la Política de tarifas variables de los servicios de salud familiar, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o al paciente mencionado anteriormente), acepto ser financieramente responsable y estar obligado a pagar Servicios de Salud Familiar para los saldos adeudados del paciente;
- Y,
- C) C) Autorizo a todos los proveedores clínicos que me han brindado atención, junto con cualquier servicio de facturación, agencias de cobro u otros agentes que puedan trabajar en su nombre, a comunicarse conmigo por teléfono utilizando un sistema de marcación telefónica automática u otra tecnología asistida por computadora..

**Asignación de beneficios/terceros pagadores:** en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o al paciente mencionado anteriormente), por la presente asigno a Family Health Services todos los derechos, títulos e intereses sobre y para cualquier beneficios de terceros adeudados de todas las pólizas de seguro y/o terceros pagadores responsables por un monto que no exceda los cargos regulares y habituales de Family Health Services por los servicios de atención médica prestados. Autorizo dichos pagos de las compañías de seguros aplicables, terceros pagadores y otros terceros. Una lista de cargos habituales y habituales está disponible previa solicitud. Doy mi consentimiento a cualquier solicitud de revisión o apelación por parte de Family Health Services para impugnar una determinación de beneficios realizada por un tercero pagador. Salvo que lo exija la ley, asumo la responsabilidad de determinar de antemano si los servicios prestados están cubiertos por un seguro u otros terceros pagadores.

Firma aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Responsable \*\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o parte responsable \*\*

\_\_\_\_\_  
Relación de la parte responsable con el paciente

*\*\* Si no es la firma del paciente, una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente debe acompañar la solicitud (es decir, tutor de la persona designado por el tribunal, poder notarial duradero para atención médica). Excepción: los padres firman por un paciente menor de dieciocho años.*

**SOLO PONGA SUS INICIALES A CONTINUACIÓN SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA ATENDIDO EN UNA CLÍNICA ESCOLAR**

\_\_\_\_\_ **No deseo** que mi hijo sea atendido en una clínica escolar de Servicios de Salud Familiar.



## **Política de no presentación**

La atención de calidad es prioridad. Tómese unos minutos para revisar nuestro formulario de política de no presentación y luego firme en la parte inferior. Si tiene alguna duda, por favor póngase en contacto con nosotros.

### **Definición de una cita “sin presentarse”**

Definimos una cita de “Ausencia” como cualquier cita programada en la que el paciente:

- 1) No llega.
- 2) Llega con más de 15 minutos de retraso y, en consecuencia, no puede ser atendido.

### **Impacto de una cita “ausente”**

Las citas “ausentes” tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y la atención médica que brindamos. proporcionar a nuestros pacientes. Cuando un paciente “no se presenta” a una cita programada:

- 1) Pone en peligro potencialmente la salud de dicho paciente.
- 2) Es injusto (y frustrante) para otros pacientes que habrían aceptado la cita.
- 3) Falta de respeto no sólo al tiempo de los proveedores, sino también al de todo el personal de la clínica.

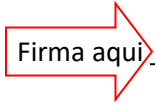
### **Cómo evitar una “ausencia”**

- 1) 1) Confirme su cita: Family Health Services intentará comunicarse con usted, mediante una llamada telefónica automatizada, una semana antes de su cita programada para confirmar su visita. Nuestro sistema telefónico automatizado intentará realizar la llamada hasta cinco veces. Una vez confirmada tu cita, el sistema automatizado dejará de llamarte. También recibirá un recordatorio por mensaje de texto sobre su cita y una llamada telefónica del personal de nuestra clínica el día antes de su cita.
- 2) 2) Llegue temprano: cuando programe una visita al consultorio con nosotros, nos gustaría que llegue a nuestra práctica 15 minutos antes de la hora programada. Esto le da tiempo a usted y a nuestro personal para abordar cualquier pregunta sobre seguros o facturación y/o completar cualquier documentación necesaria antes de la visita programada.
- 3) 3) Notificar para cancelar la(s) cita(s) antes de la hora de la cita: cuando necesite cancelar o volver a reservar una visita programada, esperamos que se comunique con nuestra oficina antes de la visita programada. Esto nos permite determinar la forma más adecuada de reprogramar su atención y le brinda a otro paciente la oportunidad de ocupar el espacio de cita recientemente vacante.

### **Consecuencias de las citas “ausentes”**

- Si falta a 3 o más citas dentro de un período de 6 meses, solo se le permitirá programar citas para el mismo día y deberán ser aprobadas por el director del sitio clínico o el personal administrativo. Las inasistencias recurrentes a las citas o el comportamiento de incumplimiento pueden resultar en el despido de Family Health Services.
- 3 ausencias a una cita de “Paciente nuevo” resultarán en que el paciente no pueda ser programado para la línea de servicio.

He leído y entiendo la Política de “No presentarse” de Family Health Services como se describe anteriormente.



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha