



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO MEDICO

Bienvenido al Centro Médico y de Bienestar de Whole Foods Market (el "Centro Médico y de Bienestar"). Nuestro objetivo es proporcionarle servicios de salud y bienestar como un apoyo para su salud y su bienestar en general. Al firmar abajo, usted acepta que ha leído o revisado el presente formulario de "Consentimiento para Recibir un Tratamiento Médico", que usted está de acuerdo con las siguientes declaraciones y que acepta recibir estos servicios en cumplimiento con los siguientes términos y condiciones. **Nota: El Centro Médico y de Bienestar no puede tratar lesiones relacionadas con una reclamación actual o potencial que esté cubierta por el Seguro de Compensación del Trabajador.**

Aceptación y Consentimiento:

Proporciono mi consentimiento general para recibir los servicios médicos y de bienestar prescritos por mi médico tratante y por otros proveedores y asistentes no médicos relacionados con el Centro Médico y de Bienestar, esto según lo consideren necesario o recomendable. Entiendo que estos servicios serán provistos por mi médico tratante o proveedor de servicios de salud, Clinical Wellness Associates, P.C. (en California) y/o Clinical Wellness Group of Texas (en Texas), mismos que son contratistas independientes de WFM Medical and Wellness Centers, Inc. ("WFM MWC, Inc.") y por otros empleados no médicos, asociados, asistentes, agentes y demás proveedores de servicios de salud de WFM MWC, Inc. Comprendo (i) que dichos servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos; y (ii) que es posible que se tomen o graben fotografías, videos e imágenes digitales y de otro tipo para efectos de tratamiento o pago. Otorgo mi consentimiento para la toma de imágenes, grabaciones de video y otras reproducciones electrónicas de mi padecimiento médico o mi tratamiento, así como para el uso de dichas imágenes, grabaciones o reproducciones electrónicas para propósitos permitidos por las leyes. En ciertas circunstancias específicas, es posible que me sea solicitado mi consentimiento por separado para la toma de imágenes, grabaciones de video u otras reproducciones electrónicas de mi padecimiento médico o mi tratamiento, así como para el uso de dichas imágenes, grabaciones o reproducciones. Si las imágenes pueden ser utilizadas para identificarme directamente, me será solicitada mi autorización para el uso o la divulgación de dichas imágenes, a menos de que esto sea para propósitos de tratamiento o para otras actividades limitadas en cumplimiento con las leyes de privacidad aplicables. Entiendo que es responsabilidad del médico o proveedor tratante obtener mi consentimiento informado cuando así se requiera para tratamientos médicos específicos y para procedimientos terapéuticos o de diagnóstico específicos. **También acepto que no se me ha otorgado garantía alguna con respecto a los resultados o la cura que pudiera obtener de dichos servicios.** Tengo 18 o más años de edad, soy un menor emancipado o el padre/tutor legal de un menor de 18 años de edad. (NOTA: En cumplimiento con las leyes estatales aplicables, los menores de edad pueden otorgar su consentimiento para recibir un tratamiento para ciertos padecimientos médicos).

Entiendo que mi médico tratante o proveedor es exclusivamente responsable de supervisar y administrar los servicios de salud y bienestar que recibo y que mi médico tratante o proveedor tienen la libertad de ejercer su buen juicio médico y profesional conforme lo consideren adecuado y en base a mis necesidades. Comprendo que mi médico tratante no es empleado de WFM MWC, Inc. y que WFM MWC, Inc. no se responsabiliza de los servicios provistos o supervisados por mi médico tratante. Adicionalmente, entiendo que WFM MWC, Inc. no supervisa ni ejerce control alguno sobre mi médico tratante y sobre otros proveedores y asistentes no médicos, además de que no se responsabiliza de los servicios profesionales provistos en la clínica.

Acepto que tengo y siempre tendré el derecho de hacer preguntas sobre los servicios médicos, los servicios para el cuidado de la salud y los servicios de bienestar provistos o recomendados por mi médico tratante. Entiendo que tengo el derecho de negarme a recibir algunos o todos los servicios recomendados por mi médico tratante. También comprendo que tengo el derecho de cancelar este Consentimiento para Recibir un Tratamiento Médico en cualquier momento antes de recibir un tratamiento.

Certifico que tengo una responsabilidad financiera ante el Centro Médico y de Bienestar por cualquier cargo que resulte de los procedimientos, tratamientos y procesos médicos y de bienestar que yo reciba y que no estén cubiertos por el Plan Médico de Whole Foods Market. Certifico que no estoy siendo recibiendo servicios de atención médica del Centro Médico y de Bienestar en relación con alguna lesión cubierta por el seguro de compensación del trabajador.

Participación en Medios Sociales:

Entiendo que tendré la oportunidad de participar voluntariamente en los medios sociales relacionados con el Centro Médico y de Bienestar y su comunidad, incluyendo la compartición de mis detalles médicos personales con otros pacientes del Centro, participantes de medios sociales y Facebook. También comprendo que no se divulgará la información protegida sobre mi salud en estos sitios, a menos de que yo otorgue mi permiso o yo comparta dicha información por mi cuenta.

_____ (Anote sus iniciales si desea participar) Por este medio otorgo mi consentimiento para participar en los medios sociales relacionados con el Centro Médico y de Bienestar, incluyendo mi participación en la página de Facebook del Centro Médico y de Bienestar, entre otros. Entiendo que la información personal sobre mi salud (incluyendo mi nombre, género, condición médica, fotografía y edad, entre otros) podrá ser divulgada mediante **publicaciones o respuestas en la página de Facebook del Centro o a través de la información contenida en mi propia cuenta de Facebook que esté accesible al público o a otros usuarios de Facebook**. También comprendo que al participar en los medios sociales, podré realizar preguntas al personal del Centro y las respuestas a mis preguntas pudieran requerir de la divulgación de la información protegida sobre mi salud.

Personas Inscritas en el Plan Whole Health de Whole Foods Market con la Cuenta HSA:

Tal y como se describe en la Guía de Inscripción de Beneficios, se le facturarán los servicios clínicos que haya recibido en el Centro Médico y de Bienestar hasta el deducible/coaseguro aplicable si usted o sus dependientes están inscritos en el Plan Whole Health de Whole Foods Market con la Cuenta HSA. Los cargos no aplicarán si usted está utilizando los servicios de asesoría sobre la salud.

_____ (Anote sus iniciales si usted está inscrito en el Plan Whole Health de Whole Foods Market con la Cuenta HSA) Comprendo que este plan es un plan de salud de deducible elevado y que recibiré una factura por ciertos servicios según los requerimientos del plan de seguro y los requerimientos federales de los planes de seguro de deducible elevado.

Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad:

Certifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Médico y de Bienestar ("NPP") y que puedo recibir copias adicionales de dicho documento si así lo solicito.

Certifico lo Siguiente:

Al firmar abajo, certifico que he leído o revisado el presente formulario de "Consentimiento para Recibir un Tratamiento Médico" y que acepto sus términos y condiciones. Entiendo que las autorizaciones y los consentimientos anteriormente descritos permanecerán en vigor durante el tiempo en que yo asista o reciba servicios del Centro Médico y de Bienestar, a menos de que yo revoque por escrito dichos consentimientos y autorizaciones antes de recibir cualquier tratamiento.

Nombre del Paciente

En caso de que el consentimiento sea para una persona menor de 18 años de edad:

Firma del Paciente

Nombre del Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal

203068149.1