



MIAMI DADE MEDICAL
& REHABILITATION CENTER

760 NW 107th Avenue Suite 406, Miami, FL 33172

Phone: (786) 334-6928 FAX:(786) 828-7919

Patient Information / Información del Paciente

Full Name / Nombre Completo: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sex / Sexo: ☐ Male ☐ Female ☐ Other / ☐ Masculino ☐ Femenino

Otro Phone / Teléfono: _____

Email / Correo Electrónico: _____

Address / Dirección: _____

Emergency Contact / Contacto de Emergencia

Name / Nombre: _____

Relationship / Relación: _____

Phone / Teléfono: _____

Insurance Information / Información del Seguro

Insurance Name / Nombre del Seguro: _____

Policy Number / Número de
Póliza: _____ Subscriber Name /

Nombre del Titular: _____

☐ Self-Pay / Pago

Privado

HIPAA - PATIENT CONSENT FOR USE OF DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I have been provided with **MIAMI DADE MEDICAL AND REHABILITATION CENTER**., "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

Patient Name: *(please print)* _____

Patient Signature *(or legal representative; proof may be requested)* _____

Date: _____

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **MIAMI DADE MEDICAL AND REHABILITATION CENTER., (MDMRC)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. **MDMRC** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **MDMRC** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between **MDMRC** and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Patient Acknowledgment & Agreement

My Consented Email Address is: _____

My Consented Mobile Number For Text Messaging is: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

IN CASE OF EMERGENCY: Please call 911 or proceed to the nearest emergency room.
Do not use this way of communication for that purpose.

HIPAA - PATIENT CONSENT FOR USE OF DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Confirmando que se me ha proveído con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **MIAMI DADE MEDICAL AND REHABILITATION CENTER**., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.

Nombre Del Paciente: *(nombre en letra de molde por favor)* _____

Firma Del Paciente: *(o representante legal; prueba puede ser requerida)* _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

Propósito: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **MIAMI DADE MEDICAL AND REHABILITATION CENTER**., (**MDMRC**) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **MDMRC** usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **MDMRC** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **MDMRC** y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Mi Correo Electrónico Consentido Es: _____

Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

***EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano.

No use esta forma de comunicación para este propósito.