

Consent to Treat

Consentimiento para Tratamiento

Consent for Evaluation, Treatment & Financial Responsibility
Consentimiento para Evaluación, Tratamiento y Responsabilidad Financiera

This form documents your consent to wound care treatment and your understanding of financial responsibility. Fields marked * are required.
Este formulario documenta su consentimiento al tratamiento de heridas y su comprensión de la responsabilidad financiera. Los campos marcados con * son obligatorios.

1. About You (Patient Information)

Acerca de Usted (Información del Paciente)

Patient full name

Nombre completo del paciente *

Date of birth

Fecha de nacimiento *

Phone

Teléfono

Email

Correo electrónico

Address

Dirección

2. Consent to Evaluation & Treatment

Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

Consent to care. I voluntarily consent to medical evaluation and wound care treatment provided by Hoang Medical Corporation and its physicians, clinicians, and staff. This may include examination, wound assessment and measurement, debridement, dressing changes, application of skin substitutes or grafts, laboratory tests, and related procedures reasonably necessary for my care.

Consentimiento para la atención. Consiento voluntariamente la evaluación médica y el tratamiento de cuidado de heridas por parte de Hoang Medical Corporation y sus médicos, clínicos y personal. Esto puede incluir examen, evaluación y medición de heridas, desbridamiento, cambios de apósito, aplicación de sustitutos de piel o injertos, pruebas de laboratorio y procedimientos relacionados razonablemente necesarios para mi atención.

No guarantee. I understand that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantee has been made to me about the results of treatment.

Sin garantía. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados del tratamiento.

Right to ask questions / refuse. I understand I may ask questions about my care at any time and may refuse any procedure.

Derecho a preguntar / rechazar. Entiendo que puedo hacer preguntas sobre mi atención en cualquier momento y puedo rechazar cualquier procedimiento.

3. Photography & Clinical Images

Fotografía e Imágenes Clínicas

Wound care requires photographs to document healing over time. These images are stored in your protected medical record and used for your treatment.

El cuidado de heridas requiere fotografías para documentar la cicatrización con el tiempo. Estas imágenes se guardan en su expediente médico protegido y se usan para su tratamiento.

☒ I consent to clinical photographs of my wound(s) for my medical record.

Optional — professional education. Separately, you may also allow us to use de-identified clinical photographs for professional education only — such as case presentations to clinicians and conference talks. This is voluntary; your care is not affected, and you may cancel it in writing at any time. We do **not** use your images for marketing, on our website, or on social media without your separate written authorization.

Opcional — educación profesional. Por separado, también puede permitirnos usar fotografías clínicas anonimizadas solo para educación profesional — como presentaciones de casos a médicos y conferencias. Esto es voluntario; su atención no se ve afectada, y puede cancelarlo por escrito en cualquier momento. **No** usamos sus imágenes para publicidad, en nuestro sitio web, ni en redes sociales sin su autorización escrita por separado.

- ☐ Case presentations to other clinicians (professional education)
Presentaciones de casos a otros médicos (educación profesional)
- ☐ Conference talks and professional educational lectures
Conferencias y charlas educativas profesionales

4. Financial Responsibility & Assignment of Benefits
Responsabilidad Financiera y Cesión de Beneficios

Assignment of benefits. I authorize my insurance benefits to be paid directly to Hoang Medical Corporation and authorize release of information necessary to process my claims.

Cesión de beneficios. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Hoang Medical Corporation y autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar mis reclamos.

Financial responsibility. I understand I am responsible for charges not covered by my insurance, including copays, deductibles, and non-covered services.

Responsabilidad financiera. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro, incluidos copagos, deducibles y servicios no cubiertos.

5. Sign Here
Firme Aquí

☐ **I have read and understand this form and am signing it voluntarily.**
He leído y comprendo este formulario y lo firmo voluntariamente. *

Signature
Firma *

Sign above with your finger or mouse.
Firme arriba con el dedo o el ratón.

Printed name
Nombre en letra de molde: _____

Date signed
Fecha de firma

MM/DD/YYYY

Witness (optional)
Testigo (opcional)

Communication by Email — Acknowledgment of Risk. Hoang Medical Corporation offers secure ways to send us forms and health information, including our online patient forms and secure fax. If you choose to send health information to us from your own email account (for example, Gmail, Yahoo, iCloud, or Outlook), ordinary email is not encrypted end-to-end and may be read by others while in transit or stored on your email provider's servers. By choosing to email us, you accept this risk. You are never required to use email — you may use our secure online forms, fax, mail, or telephone instead. Do not use email for urgent or emergency matters; if you have a medical emergency, call 911.

Comunicación por correo electrónico — Reconocimiento del riesgo. Hoang Medical Corporation ofrece maneras seguras de enviarnos formularios e información de salud, incluyendo nuestros formularios para pacientes en línea y el fax seguro. Si usted decide enviarnos información de salud desde su propia cuenta de correo (por ejemplo, Gmail, Yahoo, iCloud u Outlook), el correo electrónico común no está cifrado de extremo a extremo y otras personas podrían leerlo mientras se transmite o mientras está almacenado en los servidores de su proveedor de correo. Al decidir enviarnos un correo, usted acepta este riesgo. Nunca está obligado a usar el correo electrónico — puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono. No use el correo electrónico para asuntos urgentes o de emergencia; si tiene una emergencia médica, llame al 911.

OFFICE USE ONLY
USO INTERNO SOLAMENTE

Received date

Fecha de recepción

MM/DD/YYYY

Received by (initials)

Recibido por (iniciales)

☐ Verified & matched to patient chart
Verificado y asociado al expediente del paciente

Notes

Notas