

# Laboratorio Toledo-Español

**1. Favor de escribir su información demográfica tal cual aparece en su identificación (licencia de conducir, identificación de estado o pasaporte).**

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento	Sexo asignado al nacer <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Numero telefono primario		
Correo electrónico				
Direction fisica	Apt./Unidad #:	Ciudad	Estado	Código Postal
Estatus civil <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Relación Domestica <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a				

**2. Favor de proveernos información sobre su vacunación contra el virus del Covid-19 vaccine, de no estar vacunado, puede escribir "N/A" a lo largo de la tabla, gracias.**

	Manufacturero	Lote	Fecha	Efectos Adversos
Dose 1				
Dose 2				
Booster				

**3. La ley federal "Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización. Con la firma de este consentimiento usted autoriza que la ENTIDAD, su fuerza trabajadora y sus asociados de negocio usen y divulgan su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de salud. Usted también reconoce haber sido notificado por escrito sobre nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto tanto y en cuanto la organización, sus empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo. La ENTIDAD se reserva el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y practica sobre uso y divulgación descrita en esta**

notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de solicitar la misma a la dirección y/o teléfonos del encabezado de esta forma. Certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

---

Signature

---

Date