FORMA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por favor lea cuidadosamente lo siguiente y luego firme abajo. Este es un documento legal importante que explica su relación con H-E-B si usted eligiera convertirse en paciente de *Health and Wellness.*

CONSENTIMIENTO

Por la presente yo consiento recibir servicios de *Health and Wellness* (los "Servicios") o participar en un programa de *Health and Wellness* (un "Programa") proporcionado por H-E-B, LP ("H-E-B"). Yo declaro que tengo por lo menos 18 años y tengo derecho a contratar en mi propio nombre. Si el paciente es un menor de edad, yo certifico que soy el padre o tutor legal y que, por consiguiente, yo estoy de acuerdo y acepto el contenido de este documento en nombre de mí mismo y de dicho menor, y que por la presente concedo permiso para que el menor reciba los Servicios de o que participe en un Programa proporcionado por H-E-B.

Estoy de acuerdo que las leyes del estado de Texas regirán este documento Entiendo que no se proporcionarán cambios o reembolsos a menos que se solicite por los menos con 24 horas previas a la cita, y se me hará un cargo de $30 si falto a mi cita o no la canceló con 24 horas de anticipación.

Entiendo que cualquier Información de Salud Protegida (*PHI* por sus siglas en inglés) que le proporcione a H-E-B será solo usada o divulgada por H-E-B de acuerdo con el aviso de las Prácticas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (*HIPAA* por sus siglas en inglés). Firmando abajo yo acuso recibo de dicho aviso de las Prácticas Privadas de *HIPAA* y estoy de acuerdo a los usos y divulgaciones de la Información de Salud Protegida descrita en ella.

NO SUSTITUYE A UN MÉDICO

Yo entiendo que los proveedores del servicio de *Health and Wellness* de H-E-B no son doctores entrenados para diagnosticar o tratar problemas médicos. Reconozco que los Servicios y los Programas no contienen o constituyen, y no deben ser interpretados como consejos médico o como opiniones sustituyendo el consejo de un médico. Entiendo que mi uso de los Servicio o participación en un Programa no crea una relación doctor-paciente entre mi persona y H-E-B.

Yo entiendo que no debo de depender de la información que se hace disponible por medio de los Servicios o de un Programa para tomar decisiones médicas para diagnosticar o tratar una condición de salud. Yo entiendo que H-E-B no será responsable por ninguna pérdida, daño o perjuicio como resultado de m dependencia o de la de cualquier otra persona por dicha información bajo cualesquiera circunstancias.

Yo estoy de acuerdo en consultar con mi doctor antes de usar los Servicios o participar en un Programa, particularmente si estoy en riesgo de tener problemas como resultado de algún ejercicio o de cambios en mi dieta. Estoy de acuerdo consultar a un medico si yo requiero de consejo médico o de servicios en cualquier momento. Estoy de acuerdo para inmediatamente si me siento mareado, débil o tener malestar físico en algún momento durante un Servicio o Programa.

LIBERACIÓN, INDEMNIDAD Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

A SABIENDAS, DELIBERADA Y LIBREMENTE, YO ASUMO TODOS LOS RIESGOS POTENCIALES ASOCIADOS CON EL USO DE LOS SERVICIOS O DE LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL DAÑO DE PROPIEDAD, LESIONES Y MUERTE. EN CONSIDERACIÓN DEL RECIBIMIENTO DE LOS SERVICIOS O LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA, YO, EN MI NOMBRE, DE MIS REPRESENTANTES PERSONALES Y MIS HEREDEROS, POR LA PRESENTE, VOLUNTARIAMENTE ESTOY DE ACUERDO EN DISPENSAR, LIBERAR, EXIMIR DE RESPONSABILIDAD, DEFENDER E INDEMNIZAR A H-E-B Y A SUS OFICIALES, DIRECTORES, EMPLEADOS, AGENTES, AFILIADOS, REPRESENTANTES SUBCONCESIONARIOS, SUCESORES Y CESIONARIOS (LAS "PARTES LIBERADAS") DE CUALQUIERA Y TODAS LAS DECLARACIONES, ACCIONES O PÉRDIDAS POR LESIÓN CORPORAL, DAÑOS A PROPIEDAD, MUERTE POR NEGLIGENCIA, AFLICCIÓN EMOCIONAL, PÉRDIDA DE SERVICIOS U OTROS PERJUICIOS O DAÑOS, YA SEA A MI MISMO O A TERCEROS, EL CUAL PUEDA RESULTAR DE MI USO DE LOS SERVICIOS Y/O LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA, YA SEA CAUSADO POR LA NEGLIGENCIA DE LAS PARTES LIBERADAS O DE OTRA MANERA. ESTA LIBERACIÓN E INDEMNIDAD DEBERÁ APLICARSE INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SI LOS DAÑOS Y PERJUICIOS SEAN RESULTADO DEL INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO, AGRAVIO, O CUALQUIER OTRA TEORÍA LEGAL O FORMA DE ACCIÓN.

LOS SERVICIOS Y LOS PROGRAMAS SON PROPORCIONADOS "TAL CUAL" Y "SEGÚN LO ESTABLECIDO". EN LA MEDIDA MÁXIMA PERMITIDA POR LA LEY, H-E-B EXPRESAMENTE RENUNCIA A CUALQUIER Y A TODAS LAS GARANTÍAS, EXPRESAS O IMPLÍCITAS CON RESPECTO AL PROGRAMA O LOS SERVICIOS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, CUALESQUIERA DE LAS GARANTÍAS IMPLÍCITAS DE IDONEIDAD PARA UN FIN DETERMINADO. H-E-B NO GARANTIZA QUE LOS SERVICIOS O LOS PROGRAMAS CUMPLAN SUS REQUISITOS O METAS O LOGREN RESULTADOS ESPECÍFICOS.

He leído este Consentimiento y Renuncia en su totalidad, entiendo sus términos, y lo firmo libre y voluntariamente.

_____ _____

(Firma del paciente o del padre/tutor legal) Fecha:

_____

(Nombre en letra de molde del paciente o del padre/tutor legal)

Si está firmando el padre/tutor legal: _____ _____

(Relación con el menor de edad) (Nombre en letra del niño)