

TEST, Alpha (id #6052, dob: 01/25/1980)

TEST, ALPHA 01/25/80 #6052



* 213770w23652 ClinDoc



Patient Contract

Welcome to Miami Diabetes and Endocrinology. We are committed to our patient's health and wellness. In return for our commitment to you, our patient, we require you to acknowledge and adhere to Miami Diabetes and Endocrinology's basic operating procedures, set forth in this Patient Contract, as follows:

Miami Diabetes and Endocrinology will offer you access to your own personal patient portal where you can obtain your records and contact the office. The portal is not for urgent issues. Messages sent through the portal will not be checked until the next business day. Please provide your email address for this function.

In order to keep your records accurate and avoid potentially harmful drug interactions, we may need to verify your medications through an external database or with your pharmacist. This allows Miami Diabetes and Endocrinology providers to know what medications other doctors have prescribed for you.

I agree to arrive on time to my appointment. We recommend 15 minutes early for existing patients or 30 minutes for new patients. Miami Diabetes and Endocrinology requires 24-hour notice if I am unable to keep my appointment. I understand that missed appointments with less than 24-hour notice may incur a fee of \$25.

Labs and diagnostic tests ordered prior to your visit or at your visit may require an additional follow-up appointment with your provider to discuss results. If you are unable to keep your scheduled appointment, you will be required to reschedule to discuss your results.

I hereby authorize appropriate staff and providers to take digital pictures of my skin condition that will be solely used for the purpose of medical record documentation, location for treatment options, and plan of care.

If available, I consent to Telemedicine visits, the use of electronic information and communication technologies by a healthcare provider used to deliver services to you when you are at a different location or site than the provider. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to telemedicine without affecting my right to future care.

I hereby consent that I will not use any recording device of voice or image on the premises of Miami Diabetes and Endocrinology. This includes but, is not limited to, cameras, voice recorders, phones and Google glasses.

Contrato del paciente

Bienvenido a Miami Diabetes y Endocrinología. Estamos comprometidos con la salud y el bienestar de nuestros pacientes. A cambio de nuestro compromiso con usted, nuestro paciente, le solicitamos que reconozca y se adhiera a los procedimientos operativos básicos de Miami Diabetes and Endocrinology, establecidos en este Contrato del paciente, de la siguiente manera:

Miami Diabetes and Endocrinology le ofrecerá acceso a su propio portal personal para pacientes donde puede obtener sus registros y comunicarse con la oficina. El portal no es para temas urgentes. Los mensajes enviados a través del portal no serán revisados hasta el siguiente día hábil. Proporcione su dirección de correo electrónico para esta función.

Para mantener sus registros precisos y evitar interacciones medicamentosas potencialmente dañinas, es posible que debamos verificar sus medicamentos a través de una base de datos externa o con su farmacéutico. Esto permite que los proveedores de Diabetes y Endocrinología de Miami sepan qué medicamentos le han recetado otros médicos.

Acepto llegar a tiempo a mi cita. Recomendamos 15 minutos antes para pacientes existentes o 30 minutos para pacientes nuevos. Miami Diabetes and Endocrinology requiere un aviso de 24 horas si no puedo asistir a mi cita. Entiendo que las citas perdidas con menos de 24 horas de anticipación pueden incurrir en una tarifa de \$ 25.

Los análisis de laboratorio y las pruebas de diagnóstico ordenadas antes de su visita o en su visita pueden requerir una cita de seguimiento adicional con su proveedor para analizar los resultados. Si no puede asistir a su cita programada, se le pedirá que vuelva a programar para discutir sus resultados.

Por la presente, autorizo al personal y a los proveedores apropiados a tomar fotografías digitales de la condición de mi piel que se

TEST, Alpha (id #6052, dob: 01/25/1980)

utilizarán únicamente con el propósito de documentar el registro médico, la ubicación de las opciones de tratamiento y el plan de atención.

Si está disponible, doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para brindarle servicios cuando se encuentra en un lugar o sitio diferente al del proveedor. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para la telemedicina sin afectar mi derecho a atención futura.

Patient's Signature: _____ Patient's Name: **ALPHA TEST** _____

Date: **12/17/2022**