



CONSENT
MUSC, Hollings Cancer Center Mobile HPV Vaccination Van
Consent for Treatment

Page 1 of 1

Form Origination Date: 2/2022
 Version: 1

Version Date: (2/2022)

Patient Name _____

MRN _____
PATIENT IDENTIFICATION LABEL

Yo, como paciente, tutor, padre, garante u otra parte responsable, doy mi consentimiento y autorizo al tratamiento médico de la Vaccination Van de vacunación contra el VPH de MUSC Hollings Cancer Center. Autorizo al profesional de atención médica designado a proporcionarme las vacunas marcadas a continuación a mí o a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud, y a facturar por este servicio (si está dentro de la cobertura).

Autorizo al titular de información médica o de otro tipo sobre mí o la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a dar consentimiento, a divulgar a cualquier otro tercero responsable del pago, como la información necesaria para las decisiones de Medicare, Medicaid o reclamos de terceros.

Reconozco que seré responsable de cualquier pago no cubierto por mi plan de salud, incluyendo los deducibles. Entiendo que este formulario de consentimiento es válido hasta que lo revoque.

Recibí una copia del «Aviso de prácticas de privacidad» de proveedores que están autorizados por el distrito escolar de mi hijo o una copia del «Aviso de prácticas de privacidad» de MUSC.

VPH DPT Polio Meningitis Triple Varicela HepA

 Firma del paciente o tutor legal/representante Fecha
(o estudiante si tiene más de 16 años o de otra manera lo permite la ley)

 Nombre impreso Paciente o tutor legal/representante Fecha
(o estudiante si tiene más de 16 años o de otra manera lo permite la ley)

 Relación con el paciente

 Firma del testigo