



Transforming Lives. Building Community Well-Being.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento consiste en verificar que todos los afiliados de Trillium Health Resources hayan recibido el consentimiento informado en lo que respecta a la recepción de servicios en un grupo o en un entorno de atención congregada.

Nombre del Afiliado: _____

Fecha de Nacimiento del Afiliado: _____

Persona Legalmente Responsable (LRP), si corresponde: _____

Nombre del Proveedor: _____

Ubicación del Provider: _____

Servicio Aplicable:

Marque las casillas correspondientes a continuación.

Me han informado de que recibir servicios en un entorno de grupo aumenta mis posibilidades de contraer COVID-19, ya que se ha demostrado que la propagación comunitaria puede ocurrir en entornos de atención congregada.

Se me ha proporcionado opciones para métodos alternativos de prestación de servicios, incluyendo entre otros, servicios individuales, servicios de telesalud y/o servicios telefónicos durante esta pandemia.

Después de recibir la información anterior, he elegido recibir mis servicios cara a cara en una configuración de grupo.

Nombre del Afiliado o LRP use letra de imprenta

Firma del Afiliado o LRP

Firma del Proveedor y Credenciales

Fecha



24-Hour Access to Care Line - 877-685-2415
Business & Administrative Matters - 866.998.2597

[TrilliumHealthResources.org](https://www.TrilliumHealthResources.org)

