**Formulario de Consentimiento / Consent Form — MR Care 360+**

Fecha / Date: 2025-10-01

**A) Datos del Paciente / Patient Information**

Nombre / Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento / DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono/WhatsApp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias / Allergies: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B) Tratamiento y Autorización / Treatment & Authorization**

Autorizo a MR Care 360+ a brindarme servicios de: [ ] Infusión IV [ ] Shots vitamínicos [ ] Manejo de peso (Semaglutide) [ ] Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I authorize MR Care 360+ to provide the following services: [ ] IV infusion [ ] Vitamin shots [ ] Weight management (Semaglutide) [ ] Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C) Beneficios y Riesgos / Benefits & Risks**

He sido informado/a sobre la naturaleza del/los tratamiento(s), beneficios esperados y riesgos potenciales (p. ej., dolor en el sitio, hematomas, flebitis, reacción alérgica, hipersensibilidad, náuseas, mareo, cambios de presión arterial, infección).

I have been informed of the nature of the treatment(s), expected benefits, and potential risks (e.g., site pain, bruising, phlebitis, allergic reaction, hypersensitivity, nausea, dizziness, blood pressure changes, infection).

**D) Contraindicaciones y Responsabilidades / Contraindications & Responsibilities**

Confirmo que he revelado información médica relevante (diagnósticos, medicamentos, embarazo, lactancia). Entiendo que debo informar cualquier síntoma inusual de inmediato.

I confirm I have disclosed relevant medical information (diagnoses, medications, pregnancy, breastfeeding). I understand I must report any unusual symptoms immediately.

**E) Consentimiento para Comunicación / Consent for Communication**

Autorizo el uso de WhatsApp/SMS/llamadas para coordinar mi atención. Puedo revocar esta autorización por escrito.

I authorize the use of WhatsApp/SMS/calls to coordinate my care. I may revoke this authorization in writing.

**F) Privacidad (HIPAA) / Privacy (HIPAA)**

Reconozco haber recibido/tenido acceso a la Política de Privacidad de MR Care 360+. Entiendo que mi información puede usarse/divulgarse para tratamiento y operaciones de atención según la ley aplicable.

I acknowledge receipt/access to MR Care 360+'s Privacy Policy. I understand my information may be used/disclosed for treatment and healthcare operations under applicable law.

**G) Telehealth (opcional) / Telehealth (optional)**

[ ] Consiento evaluaciones de telehealth cuando aplique. / I consent to telehealth evaluations when applicable.

[ ] No consiento. / I do not consent.

**H) Consentimiento Fotográfico (opcional) / Photo Consent (optional)**

[ ] Autorizo el uso de fotografías clínicas para mi expediente. / I authorize clinical photographs for my record.

[ ] Autorizo uso educativo/marketing (sin identificadores). / I authorize educational/marketing use (without identifiers).

[ ] No autorizo. / I do not authorize.

**I) Responsabilidad Financiera / Financial Responsibility**

Acepto responsabilidad por cargos de servicios. Entiendo la política de cancelación/reprogramación de 24 horas.

I accept responsibility for service charges. I understand the 24‑hour cancellation/rescheduling policy.

**J) Aceptación / Acknowledgment**

He leído y entiendo la información anterior. Todas mis preguntas fueron respondidas. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante el tratamiento.

I have read and understand the above. All my questions were answered. I may withdraw consent at any time before or during treatment.

Firma del paciente / Patient Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha / Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde / Printed Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si corresponde — Representante legal / Legal Representative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación / Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del proveedor / Provider Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha / Date: \_\_\_\_\_\_\_\_