



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA CUIDADO

La Ley de Consentimiento Médico de Florida, Capítulo 766.103 de los Estatutos de Florida, requiere que cualquier persona que se someta a procedimientos y tratamientos sea informada en términos generales de lo siguiente:

1. Una comprensión general del procedimiento o curso de tratamiento o atención proporcionados de acuerdo con un estándar aceptado de práctica médica entre miembros de la profesión médica con capacitación y experiencia similar en la misma comunidad médica o similar a la del Persona que trata, examina u opera al paciente para quien se obtiene el consentimiento.
2. Procedimientos o tratamientos alternativos médicamente aceptables, incluido ningún tratamiento; y
3. Riesgos y peligros inherentes al tratamiento o procedimientos propuestos, que sean reconocidos entre otros médicos, osteópatas, quiroprácticos, podólogos o dentistas de la misma comunidad o similar que realicen tratamientos o procedimientos similares; y En consecuencia, usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado a utilizar para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados.

En este punto de su atención, es posible que no se recomiende un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios.

Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para recibir tratamiento en su residencia u otro lugar mutuamente aceptable que sea propicio para el tratamiento y/o procedimientos propuestos. El consentimiento seguirá teniendo plenos efectos hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su otro médico o proveedores de atención médica sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico y/o proveedor de nivel medio (por ejemplo: enfermera practicante, asistente médico, especialista en enfermería clínica, trabajador social médico, etc.) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, para realizar tareas razonables y exámenes médicos, pruebas y tratamiento necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en el Centro Médico Primario de RPS. Entiendo que si se recomiendan pruebas o procedimientos adicionales, se me puede pedir que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos. Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al efecto de dichos exámenes o tratamiento y que soy responsable de todos los cargos razonables, si los hubiera, en relación con la atención y el tratamiento brindados.

PATIENT/LEGAL REPRESENTATIVE NAME

SIGNATURE

DATE



POLÍTICA FINANCIERA

Aceptamos Visa, MasterCard, Discovery, American Express, así como efectivo.

Al registrarse, se le pedirá que proporcione su identificación con foto y tarjeta de seguro, si no proporciona dicha información, se reprogramará su cita. Según la cobertura actual de su plan de salud, es posible que se le asigne un deducible, copago o coseguro que se cobrará **antes** de que se presten los servicios. Se pueden prestar servicios adicionales una vez que esté en la habitación con el proveedor, el pago adicional por esos servicios se cobrará al momento del check-out.

Nos reservamos el derecho de rechazar cheques en la oficina en cualquier momento, ya que se requieren copagos, deducibles y coseguros. RPS se reserva el derecho de no facturar a un paciente por adelantado, copagos cobrables y deducibles. Si después de facturar a su plan de salud queda un saldo, RPS enviará un estado de cuenta por el saldo adeudado por correo y esperará el pago en la próxima visita con el proveedor. El pago se puede enviar por correo, en la oficina o por llamada telefónica a la oficina.

Sea lo más específico posible con la información de su seguro, ya que ayudará a facilitar un reclamo limpio para su plan de salud por los servicios prestados.

Pacientes de Medicare: RPS tiene el derecho de facturar a Medicare y a cualquier seguro secundario que usted pueda proporcionar. Si el pago de los servicios prestados no se recibe después de 2 intentos de plan de salud, RPS puede comunicarse con usted como paciente para obtener más ayuda para recuperar el pago. Si no se realiza el pago, RPS facturará al paciente por los servicios prestados.

Pacientes sin seguro: Se espera que el pago por los servicios médicos prestados se realice el día del servicio.

Saldos y estados de cuenta: RPS proporcionará y enviará un estado de cuenta para cualquier saldo adicional en el que pueda incurrir después de que se agoten los beneficios del plan de salud. Considerando que el pago se espera una vez que se revise y reciba el estado de cuenta.

<u>NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL</u>	<u>FIRMA</u>	<u>FECHA</u>
--	--------------	--------------



PAGINA EN BLANCO



HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Algún problema de salud actual?

¿Le han diagnosticado presión arterial alta? **Sí o No** ¿Cuándo? Si está tomando medicamentos para la presión arterial alta, ¿cuánto tiempo los ha estado tomando?

¿Te han diagnosticado colesterol alto? **Sí o No** ¿Cuándo? Si está tomando medicamentos para el colesterol, ¿cuánto tiempo los ha estado tomando?

Medicamentos: Medicamentos recetados o de venta libre, como vitaminas, hierbas, etc.:

Medicamentos, suplementos, vitaminas, etc.	Dosis	Repeticiones por día, durante cuántos días de uso

Alergias: Por favor, incluya todo tipo de alergias, ya sean alimentarias, medicamentos, etc.

Medicamentos, alimentos, etc.	Reacción o efecto

Antecedentes quirúrgicos:

Tipo de cirugía	Fecha	Dónde



Indique si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Constitucional:

- Fatiga
- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Soplo cardíaco
- Infarto
- Cardio Reumático
- Enfermedades
- Claudicación
- Dificultad para respirar
- Edema, ¿dónde?

- Palpitaciones
- Respiración nocturna corta
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Cianosis
- Varice
- Cirugía a corazón abierto

Oídos / Nariz / Garganta:

- Otagia
- Problemas de audición
- Zumbido en los oídos
- Nariz que corre
- Ronquera
- Dolor de garganta
- Sangrado de las encías
- Dolor en los dientes
- Hemorragias nasales

Endocrino o Sexual

- Diabetes
- Menopausia
- Enfermedades de transmisión sexual
- Hipertiroidismo
- Hinchazón en pies y manos
- Alopecia
- Intolerancia al calor/frío
- Esterilidad
- Sudoración excesiva

Ojos:

- Gafas/ Lentes de contacto
- Visión borrosa
- Dolor ocular
- Sensibilidad a la luz
- Sequedad
- Glaucoma

Gastrointestinales o urinarios

- Dolor abdominal
- Anorexia
- Dificultad para tragar
- Estreñimiento/diarrea
- Acidez estomacal/reflujo gástrico
- Vómitos con sangre
- Hemorroides
- Pancreatitis

Hematológico / Linfático

- Se lastima con facilidad
- Sangrado excesivo
- Lin adenomatosa
- Transfusión de sangre

Integumentario

- Ictericia
- Picazón en la piel
- Erupciones
- Piel seca
- Acné
- Infecciones fúngicas
- Verrugas

Muscular

- Artritis
- Rigidez articular
- Dolor en las extremidades
- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Osteoporosis

Neurológico

- Alzheimer
- Migrañas/Dolor de cabeza
- Mareos/Vértigo
- Convulsiones
- Parkinson
- Enfermedades cerebrovasculares
- Depresión
- Ansiedad
- Enfermedad mental
- Ataxia
- Desmayo
- Pérdida de memoria
- Temblores
- Bipolaridad
- Sentirse estresado
- Pensamientos suicidas
- Molestias al dormir
- Cambios de personalidad
- Humor

Respiratorio

- Toser
- Tos con sangre
- Asma
- Sibilancia
- Bronquitis
- EPOC (Obstructiva Crónica Enfermedad pulmonar)
- Enfisema
- Neumonía
- Problema nasal
- Tuberculosis (exposición)
- Dificultad para respirar

Otro

- Alergias estacionales
- VIH
- SIDA
- Anemia
- Obesidad
- Cáncer

Solo mujeres

¿Cuándo fue tu última menstruación?

¿Eres sexualmente activo? Sí o no

¿Usas algún tipo de anticonceptivo?

¿Has estado o estás embarazada? Sí o No

¿Cuántas veces? _____

¿Cuándo fue tu última prueba de Papanicolaou?

¿Eres posmenopáusica? Sí o no

¿Has tenido antecedentes de histerectomía? Sí o no

Historia Social

¿Bebes alcohol? Sí o no

¿Frecuencia? Diario / Ocasional / Social / Nunca

¿Consumes tabaco? Sí o no

¿Frecuencia? ____ Cajas diarias ____ Cigarrillos diarios __ Pipa _____

¿Bebes café? Sí o no

¿Refrescos con cafeína? Sí o no

¿Haces ejercicio regularmente? Sí o No, ¿de qué tipo?

¿Consumes drogas ilícitas/controladas? Sí o No ¿De qué tipo?

Lista de Especialistas

Tipo de especialista	Nombre del médico	Dirección	Número de teléfono	Número de fax
PCP anterior				
Cardiólogo				
Dermatólogo				
Endocrinólogo				
Gastroenterólogo				
Oftalmólogo				
Otorrinolaringólogo				
Podólogo				
Reumatólogo				
Otro:				
Otro:				



AVISO DE PRÁCTICA PRIVADA (HIPPA)

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPPA Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley.

Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo. La *Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico* de 1996 (HIPPA, por sus siglas en inglés) permite el uso de información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo. Al firmar este formulario, entiendo que: La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

1. El bufete se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
2. La práctica tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
3. El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y luego cesarán todas las revelaciones completas.
4. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

Sí o No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en el teléfono celular?

Sí o No

¿Podemos hablar de su condición médica con cualquier miembro de su familia?

Sí o No

En caso afirmativo, asigne un nombre a los miembros permitidos:

1. _____

2. _____

NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

FECHA



POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS

Una cancelación/reprogramación realizada con menos de **48 horas de anticipación** limita significativamente nuestra capacidad de hacer que la cita esté disponible para otro paciente que la necesite.

Para permanecer coherentes con nuestra misión, sirviendo a nuestro paciente con compasión, RPS ha instituido la siguiente política:

- 1) Una cita perdida o "No-Show", "No-Call" o sin la debida notificación de 48 horas, se cobrará una **tarifa de \$50**. Esta tarifa NO es facturable a su seguro/plan de salud.
- 2) Por favor, notifique a nuestra oficina con **48 horas de anticipación** si necesita cancelar o reprogramar su cita. Esto nos dará la oportunidad de brindar atención a otro paciente. Siempre se puede dejar un mensaje en el servicio de contestador, en el buzón de voz o enviarlo a través del portal del paciente en línea para evitar que se cobre una tarifa.
- 3) Si llega **15 minutos o más tarde** a su cita, la cita puede ser cancelada y reprogramada y se le puede cobrar una tarifa de **\$50**.
- 4) Como cortesía, nuestro sistema envía un mensaje de texto y un mensaje de correo electrónico el día en que se hace su cita para informarle y agregarlo a su calendario, luego 5 días antes de su cita pidiéndole que confirme o cancele y complete un cuestionario previo al registro. Si no se recibe respuesta, se envía otro mensaje 3 días antes de su cita y, finalmente, el día de su cita, se envía un mensaje de recordatorio 60 minutos antes de la cita. Si no se recibe respuesta, se puede hacer una llamada de recordatorio con uno o dos días de anticipación. Tenga en cuenta que, si no se reciben llamadas o mensajes de recordatorio, la política de cancelación permanece vigente.
- 5) Las citas perdidas repetidas pueden resultar en la terminación de la relación médico-paciente.

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas y reconozco sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por RPS Primary Medical Center.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, hágase saber a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga. Se le proporcionará una copia de esta política. Por favor, firme y ponga la fecha debajo de su reconocimiento.

NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

FECHA



CONOCIMIENTO DE AVISOS DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Nota para el paciente que firmó:

Se requiere que RPS Primary Medical Center ("práctica privada") proporcione al paciente una copia del aviso de práctica privada (y privacidad), que indica cómo la práctica privada puede usar y/o divulgar la información de salud del paciente.

Por favor, firme este formulario como conocimiento de recibo de esta notificación. El paciente puede negarse a firmar este aviso, si así lo desea.

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas privadas:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA OFICINA

FIRMA

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

FECHA



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Un paciente tiene derecho a una atención respetuosa por parte de trabajadores competentes.
2. Un paciente tiene derecho a conocer los nombres y los trabajos de sus cuidadores.
3. Un paciente tiene derecho a la privacidad con respecto a su condición médica. La atención y el tratamiento de un paciente se discutirán solo con aquellos que necesiten saberlo.
4. Un paciente tiene derecho a que sus registros médicos sean tratados como confidenciales y leídos solo por personas que necesiten conocerlos. La información sobre un paciente se divulgará solo con el permiso del paciente o según lo exija la ley.
5. Un paciente tiene derecho a solicitar enmiendas y obtener información sobre la divulgación de su información de salud, de acuerdo con la ley y los reglamentos.
6. Un paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones del establecimiento se aplican a su conducta como paciente.
7. Un paciente tiene derecho a que se le realicen procedimientos de emergencia sin demoras innecesarias.
8. Un paciente tiene derecho a una atención de buena calidad y a altos estándares profesionales que se mantengan y revisen continuamente.
9. Un paciente tiene derecho a tomar decisiones informadas con respecto a su atención y tiene derecho a incluir a los miembros de la familia en esas decisiones.
10. Un paciente tiene derecho a recibir información de su médico para tomar decisiones informadas sobre su atención. Esto significa que los pacientes recibirán información sobre su diagnóstico, pronóstico y diferentes opciones de tratamiento. Esta información se dará en términos que el paciente pueda entender. Es posible que esto no sea posible en caso de emergencia.
11. Un paciente al que se le da la opción de participar en estudios de investigación tiene derecho a completar la información y puede negarse a participar en el programa. Un paciente que decida participar tiene derecho a dejar de hacerlo en cualquier momento. Cualquier negativa a participar en un programa de investigación no afectará el acceso del paciente a la atención.
12. Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento en la medida permitida por la ley después de escuchar las consecuencias médicas de rechazar el medicamento, tratamiento o procedimiento.
13. Un paciente tiene derecho a recibir ayuda para obtener la opinión de otro médico a petición suya y a su cargo.
14. Un paciente tiene derecho a recibir atención sin distinción de raza, color, religión, discapacidad, sexo, orientación sexual, origen nacional o fuente de pago.
15. Un paciente tiene derecho a recibir información de una manera que pueda entender. Un paciente que no habla inglés, o que tiene problemas de audición o del habla, tiene derecho a un intérprete, siempre que sea posible.
16. Previa solicitud, un paciente tiene derecho a acceder a toda la información contenida en los registros médicos del paciente dentro de un plazo razonable. Este acceso puede ser restringido por el médico del paciente solo por razones médicas sólidas. Un paciente tiene derecho a que se le explique la información de la historia clínica.
17. Un paciente tiene derecho a no ser despertado por el personal a menos que sea médicamente necesario.
18. Un paciente tiene derecho a no tener que duplicar innecesariamente los procedimientos médicos y de enfermería.
19. Un paciente tiene derecho a un tratamiento que evite molestias innecesarias.
20. Un paciente tiene derecho a ser transferido a otro centro solo después de que se haya realizado la atención y los arreglos y se le haya dado información completa sobre las obligaciones del hospital según la ley.
21. Un paciente tiene derecho a una copia de sus facturas. Un paciente también tiene derecho a que se le explique la factura.
22. Un paciente tiene derecho a solicitar ayuda para encontrar formas de pagar sus facturas médicas.
23. Un paciente tiene derecho a ayudar en la planificación de su alta para que él o ella sepa acerca de las necesidades de atención médica continua después del alta y cómo satisfacerlas.
24. Un paciente tiene derecho a acceder a personas o agencias para que actúen en su nombre o para proteger el derecho del paciente en virtud de la ley. Un paciente tiene derecho a que se comunique con los servicios de protección cuando él o los miembros de su familia estén preocupados por su seguridad.
25. El paciente tiene derecho a ser informado de sus derechos lo antes posible durante el curso de su tratamiento.
26. Un paciente tiene derecho a hacer directivas anticipadas (como un testamento vital, un poder notarial para la atención médica e instrucciones anticipadas para el tratamiento de salud mental) y a que esas directivas se sigan en la medida permitida por la ley.
27. Un paciente tiene derecho a la privacidad personal y a recibir atención en un entorno seguro.
28. Un paciente de Medicare tiene derecho a apelar las decisiones sobre su atención ante una Junta de Revisión de Medicare local. El Centro proporcionará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Junta de Revisión de Medicare local e información sobre cómo presentar una apelación.
29. Un paciente tiene derecho a estar libre de toda forma de abuso o acoso.
30. Un paciente tiene derecho a estar libre del uso de aislamiento y restricción, a menos que el médico lo autorice médicamente. Las restricciones y el aislamiento se utilizarán solo como último recurso y de la manera menos restrictiva posible para proteger al paciente o a otras personas de daños y se eliminarán o terminarán lo antes posible.
31. Un paciente tiene derecho a designar visitantes que recibirán los mismos privilegios de visita que los miembros de la familia inmediata del paciente, independientemente de si los visitantes están legalmente relacionados con el paciente.
32. Un paciente tiene derecho a recibir atención pastoral y otros servicios espirituales.
33. Un paciente tiene derecho a participar en la resolución de dilemas sobre las decisiones de atención.
34. Un paciente tiene derecho a que se resuelvan sus quejas sobre la atención.
35. El paciente tiene derecho a un manejo adecuado del dolor.
36. Un paciente tiene derecho a estar libre de explotación financiera por parte del centro de atención médica.



Responsabilidades del Paciente

- 37. Los pacientes son responsables de proporcionar información correcta y completa sobre su salud y antecedentes médicos.
- 38. Los pacientes son responsables de informar al cuidador responsable de los cambios en su estado de salud general, síntomas o alergias.
- 39. Los pacientes son responsables de informar si no entienden el tratamiento planificado o su parte en el plan.
- 40. Los pacientes son responsables de seguir el plan de tratamiento recomendado que han acordado, incluidas las instrucciones de las enfermeras y otro personal de salud.
- 41. Los pacientes son responsables de asistir a las citas.
- 42. Los pacientes son responsables de las notificaciones de reprogramación/cancelaciones adecuadas con más de 48 horas de anticipación para evitar un cargo.
- 43. Los pacientes son responsables de tratar a los demás con respeto.
- 44. Los pacientes son responsables de seguir las reglas de la instalación con respecto al tabaquismo, el ruido y el uso de equipos eléctricos.
- 45. Los pacientes son responsables de lo que sucede si rechazan el tratamiento planificado.
- 46. Los pacientes son responsables de pagar por su atención.
- 47. Los pacientes son responsables de respetar la propiedad y los derechos de los demás.
- 48. Los pacientes son responsables de ayudar en el control del ruido y el número de visitantes en sus habitaciones.

Para reportar una inquietud sobre los derechos del paciente o presentar una queja, comuníquese con:

Centro Médico Primario RPS

2900 Loopdale Lane
 Kissimmee, FL 34741
 Teléfono: (407) 900-0232 Teléfono: (407) 675-3558
 office.manager@rpsmed.net

Departamento de Salud y Servicios Humanos de FL División de Regulación de Servicios de Salud

Por teléfono: por teléfono llamando al 1-877-HALT-ULA (1-877-425-8852).
 Las quejas contra profesionales o instalaciones con licencia no se pueden presentar por teléfono. La ley de Florida requiere que la demanda esté firmada. Sin embargo, puede presentar una queja por actividad sin licencia

Por Web:

<https://www.flhealthcomplaint.gov/home>

Por correo:

Departamento de Salud
 4052 Camino del ciprés calvo, contenedor C75
 Tallahassee, Florida 32399-326

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles

Electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Por correo:

Operaciones centralizadas de administración de casos U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201

Por correo electrónico:

OCRComplaint@hhs.gov
 Los formularios de quejas para el envío por correo están disponibles en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Bienvenido a Rps Primary Medical Center

El Portal del Paciente le facilita tener una mejor comunicación con el consultorio de su médico al ofrecerle un acceso conveniente y seguro desde la comodidad y privacidad de su hogar u oficina.

Aceso al Portal de pacientes →
Accede a tu registro sanitario

Únase a una televisión >
Únase a una consulta reservada

Aceso al Portal de pacientes

Credenciales de usuario
 Usar el teléfono móvil

Login [¿Problemas para iniciar sesión?](#)

¿Eres nuevo en la práctica?
 Preinscríbete para la reserva de citas sin problemas y el registro fácil para su primera visita.

[Pre registro](#)

¿No tienes una cuenta de Portal?
 Cree una nueva cuenta en nuestro Portal del Paciente

[Enlistate ahora](#)

Descargar aplicación
 La aplicación healow es una forma segura y conveniente de administrar lo que es importante y lo pone a usted en control de su salud.

[Saber más](#)

[Código de práctica @GECED](#)

Para crear un Portal del Paciente en línea, regístrese en línea en

https://mycw156.ecwcloud.com/portal21691/jsp/100mp/login_otp.jsp o escanee el

código QR

