



**American  
Heart  
Association.**

**Family Health Centers**  
LONG ISLAND FQHC, INC.  
• Your Health • Our Mission •

## **Consentimiento para la máquina de presión arterial de AHA COVID HTN**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del paciente) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento

confirmando que recibí el \_\_\_\_\_ fecha de recepción

una máquina de presión arterial remota gratuita I-health TRACK .

Yo debo utilizar esta máquina de presión arterial mientras sea paciente de LIFQHC.

No se puede vender ni transferir a nadie más.

Si se pierde, es robada o dañada, acepto informar a mi proveedor que esto ha ocurrido y las circunstancias en las que sucedió en un plazo de 24 horas. Acepto hacer un esfuerzo de buena fe para mantener seguro este dispositivo.

Acepto configurar esta máquina para permitir la transmisión remota de mis mediciones de presión arterial a mi proveedor médico con la frecuencia que el proveedor me indique. LIFQHC me brindará la asistencia y las instrucciones para hacerlo. En caso de que yo tenga dificultades técnicas para descargar mis mediciones de presión arterial automáticamente, acepto enviar por correo electrónico una descarga de mis mediciones a mi proveedor o repasar con mi proveedor un registro físico de mis mediciones.

En caso de que yo no utilice de forma rutinaria la máquina como se acordó anteriormente o dejo de ser paciente del LIFQHC, es a la total discreción del LIFQHC solicitar la devolución inmediata del dispositivo.

Si el LIFQHC solicita la devolución inmediata y me niego o no devuelvo el dispositivo en un período razonable de tiempo, entiendo que seré responsable y se me facturará el valor total del dispositivo al precio de compra de \$28.00.

\_\_\_\_\_ Firma del paciente

\_\_\_\_\_ Firma de la enfermera