

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
ARTIFICIAL INTELLIGENCE CONSENT FORM/ CONSENTIMIENTO
DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL:

Legal Name/ Nombre legal:	DOB/Fecha de Nacimiento:
Artificial Intelligence (AI) Consent: Our healthcare providers may use secure technology that complies with HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) to help document your visit and support accurate, efficient care. This technology is used only for your medical care and is not used for marketing or an unrelated use. It does not replace medical judgment, and all medical decisions are made by licensed healthcare professionals. Your privacy is protected through secure, encrypted systems that use only the minimum information needed to support your care and healthcare operations. By signing, you confirm that you understand and agree to their use. You may decline or withdraw consent for these tools at any time. Consentimiento de Inteligencia Artificial (IA): Nuestros profesionales de la salud pueden utilizar tecnología segura que cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para documentar su visita y garantizar una atención precisa y eficiente. Esta tecnología se utiliza únicamente para su atención médica y no para fines de comercialización para ningún otro fin. No sustituye el criterio médico, y todas las decisiones médicas las toman profesionales de la salud colegiados. Su privacidad está protegida mediante sistemas seguros y encriptados que utilizan únicamente la información mínima necesaria para respaldar su atención y las operaciones de atención médica. Al firmar, confirma que comprende y acepta su uso. Puede rechazar o retirar su consentimiento para estas herramientas en cualquier momento.	
Patient/Legal Guardian Signature: Firma del Paciente/Guardián Legal:	Today's Date: Fecha: