

Información de confidencialidad del paciente y contacto en caso de emergencia
Declaración de recepción del aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para el tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enumere los familiares u otras personas a quienes podemos informar sobre su afección médica o contactar en caso de emergencia:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Escriba en letra de imprenta el nombre y la dirección a la que debemos enviar la correspondencia, si esta difiere de su hogar:

Método de contacto preferido para información de salud, como citas médicas o resultados de análisis. Teléfono: _____ Portal

¿Contamos con su consentimiento para dejar mensajes confidenciales en su contestador automático o buzón de voz? Sí No

Información de salud y confidencialidad del paciente

Comprendo que la información divulgada se suministra para los fines específicos mencionados anteriormente. Se prohíbe cualquier otro uso de la información sin el consentimiento escrito del paciente. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que yo indique lo contrario en un formulario nuevo con las modificaciones correspondientes. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario nuevo con las modificaciones correspondientes. Comprendo que si se revoca la autorización, no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización.

Declaración de recepción del aviso de prácticas de privacidad

Por el presente, confirmo la recepción de una copia por escrito del **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de la RED DE MÉDICOS DE NANTICOKE** en la fecha al lado de mi firma.

Consentimiento para tratamiento y acuerdo financiero:

Presto mi consentimiento para que se utilice mi información médica protegida a efectos de tratamientos, pagos y operaciones. Por el presente, solicito tratamiento por parte de los proveedores de la Red de Médicos de Nanticoke y/o sus asistentes. Dicho tratamiento incluye: radiografías, inyecciones y otros procedimientos que consideren necesarios. Acepto toda la responsabilidad por cualquier cargo incurrido por los servicios que me presten.

En el caso de que me brinden servicios en centros de atención inmediata (Immediate Care) y yo no tenga seguro médico, se me cobrará una tarifa de \$125 antes de recibir el servicio. Comprendo que Nanticoke Immediate Care podría enviar muestras de laboratorio a un laboratorio externo o radiografías a un radiólogo externo a efectos de interpretación. Autorizo a dichas entidades externas a facturar tales servicios. Comprendo que podría incurrir en cargos adicionales como consecuencia de esos servicios provistos.

Fecha _____

Firma del paciente o tutor

Nombre del paciente o tutor en letra de imprenta

Consentimiento oral:

Consentimiento oral de lo anterior recibido del padre o tutor:

Nombre del padre o tutor _____

Representante del paciente _____ Relación _____

El representante del paciente ASUME NO ASUME responsabilidad financiera.

Firma del empleado: _____ Fecha y hora: _____