

HCA Physician Services
Center for Advanced Medical Care

FORMA DE REGISTRACION

INFORMACION DEL PACIENTE

Circule Uno: Sr. Sra. Jr. otro _____
Nombre del paciente: (apellido) _____ (nombre) _____
Circule estado civil: Casado Soltero Divorciado Legalmente Separado Otro _____
Seguro Social: _____ - _____ - _____ Masculino o Femenino
Fecha de nacimiento: ____/____/____
Direccion de E-mail: _____
Telefono _____ Celular: _____
Telefonode trabajo: _____ Beeper: _____
Direccion de residencia: _____
Ciudad y estado: _____
Estado de Empleo: Empleado Estudiante Retirado Empleado independiente Desempleado
Empleado: _____ Telefono _____
Nombre de contacto en caso de emergencia _____ Telefono _____
Contacto de emergencia, tipo de relacion con paciente _____
Doctor que lo refirio _____ Telefono _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE

(Apellido) _____ (nombre) _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Telefono de casa: _____ Celular: _____
Empleo _____ Telefono: _____

SEGURO PRIMARIO

(Nombre) _____
Telefono de seguro _____

SEGURO SECUNDARIO

(Nombre) _____
Telefono de seguro _____

PERSONAS QUE CONTACTAR

Yo autorizo a medicos especialistas de disponer y discutir cualquier tipo de informacion relacionada con mi condicion medica, con cualquiera de las siguientes personas de mi familia, relativos, y amigos personales.

Nombre _____	Relacion _____	Telefono _____
Nombre _____	Relacion _____	Telefono _____
Nombre _____	Relacion _____	Telefono _____

Yo no autorizo a ninguna persona de mi familia, relativos, o amigos personales a tener acceso a cualquiera tipo de informacion referente a mi condicion medica.

Deseo ser contactado in cualquiera de los siguientes casos:

Telefono de casa: _____ Trabajo: _____

- Autorizo dejar mensaje con informacion detallada en mi casa
- Autorizo dejar mensaje solo con numero en mi casa
- Autorizo dejar mensaje con informacion detallada en mi trabajo
- Autorizo dejar mensaje solo con numero en mi trabajo
- Comunicacion escrita
- Autorizo enviar correo a mi casa (direction) _____
- Autorizo enviar correo a mi trabajo/oficina (direction) _____
- Autorizo enviar fax a este numero _____

La duracion de esta autorizacion es indefinida solo que sea cancelada por escrito. Entiendo que la informacion medica requerida por otras personas no enlistadas arriba, debera requerir autorizacion antes de dar cualquier informacion medica.

Firma de paciente o representante legal _____ Fecha _____

HCA Physician Services
Center for Advanced Medical Care
Forma de Consentimiento del Paciente

(Favor de Leer y Firmar)

Por medio de la presente, Yo, la persona que firma, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- . • Administración y realización de todos los tratamientos,
- . • Administración de cualquier anestésico que sea necesario,
- . • Realización de aquellos procedimientos que sean considerados como necesarios o recomendables para este paciente,
- . • Uso de medicamentos que sean recetados,
- . • Realización de procedimientos para diagnóstico,
- . • El uso y la toma de cultivos,
- . • Realización de otras pruebas de laboratorio que sean aceptables de acuerdo a recomendaciones medicas, las cuales sean consideradas medicinalmente necesarias, o recomendables, basadas en el juicio del médico asignado o de las personas asignadas por el mismo.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico.

Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.**

Yo entiendo que mi consentimiento a **Center for Advanced Medical Care** incluye a otras oficinas con diferente ubicación y que pertenecen a la misma persona y/o compañía.

Yo, la persona que firma, autorizo que: **Center for Advanced Medical Care** utilice y entregue mi información con propósito de tratamiento, pagos, y funciones relacionadas con el cuidado de la salud.

El **Tratamiento** incluye pero no está limitado a: la administración y realización de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de medicamentos que sean recetados; la realización de aquellos procedimientos que sean determinados como necesarios o recomendables durante el tratamiento de este paciente, como son procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de cultivos y otras pruebas de laboratorio que sean medicinalmente aceptables, todos los cuales sean considerados como necesarios y recomendables medicinalmente, por el médico que lo atiende o las personas asignadas.

El **Pago** incluye pero no está limitado a: la autorización del pago directo a: **Center for Advanced Medical Care** de la cobertura de prestaciones que normalmente me son pagados a mí mismo. Por medio de la presente acepto la entrega de mi información médica a terceras partes de las aseguradoras, o personas autorizadas a quienes les sea necesario mi consentimiento para establecer o recibir una cuota por los servicios proporcionados, como son la facturación y recibo por servicios, los cobradores de compañías aseguradoras, las aseguradoras de accidentes para automóviles, o para heridas relacionadas con mi trabajo, a la compañía que me emplea o la persona que he designado en mi lugar. Yo entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no estén cubiertos. Yo acepto que la información del paciente puede ser almacenada electrónicamente y puede estar disponible a través de redes de computo.

Operaciones relacionadas con el **Cuidado de la Salud** incluyen pero no está limitadas a: la entrega de información médica a cualquiera de mis doctores y sus oficinas o las compañías de seguros que participan en el cuidado, el tratamiento de mi salud y la calidad de dicho tratamiento.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico. Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.** Este consentimiento incluye específicamente la entrega de cualquier información médica que involucre condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyan pero que no están limitadas a enfermedades que son transmitidas por contacto con sangre.