



Forma de Consentimiento, Divulgación y Autorización

Nombre de Paciente: _____ # de Archivo Medico: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como usado en este formulario, las palabras "Yo", "mío" y referencias similares significa el paciente cual nombre aparece arriba, o padre, tutor legal u otra persona responsable legalmente en nombre del paciente menor de edad o incapacitado nombrado arriba.

Consentimiento General por Examinación de Tratamiento

Yo por lo presente doy consentimiento y autorización a Consensus Health y todos sus médicos y personal médico auxiliar de Consensus Health, de hacer exámenes médicos y proveer cuidado médico de rutina por todas mis visitas a Consensus Health. Esto puede incluir diagnósticos de rutina y procedimientos de laboratorio y pruebas, administración de medicamentos, y otro cuidado de rutina por cual un formulario de consentimiento específico no será firmado por mí. Este consentimiento incluye consentimiento y autorización para fotografías o tomar otras imágenes de mi y/o partes de mi cuerpo para propósitos de identificación, diagnóstico, tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud de Consensus Health. Cualquier fotografía u otras imágenes tomadas serán parte de mi archivo médico. Consensus Health no usara dichas fotografías o imagen para otro propósito sin consentimiento específico por escrito. Yo entiendo que ciertos procedimientos requieren consentimiento informado, y que Consensus Health me proporcionara información y formas antes de dicho procedimiento.

Reconocimiento de Recibir Aviso de Practicas de Privacidad

Yo he leído y entendido el LRPSM Aviso de Practicas de Privacidad de Consensus Health, cual contiene información en los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida ("ISP"). Yo entiendo que Consensus Health tiene en derecho de cambiar su LRPSM Aviso de Practicas de Privacidad de tiempo a tiempo y cuando haya un cambio importante hecho, Consensus Health pondrá un aviso nuevo en su oficina. Yo puedo contactar a Consensus Health a cualquier momento y obtener una copia actual del LRPSM Aviso de Practicas de Privacidad. También puedo obtener una copia de su página web.

Consentimiento para Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida para Tratamiento, Pago u Operaciones de Cuidado de Salud

Yo por lo presente doy consentimiento y autorización a Consensus Health de usar y divulgar mi información de salud, cual incluye todo o cualquier parte de mi archivo médico, incluyendo información de tratamiento de drogas o alcohol, genético, consejería genética y información de pruebas genéticas, información de VIH/ SIDA, y cualquier otra información acerca de mi tratamiento o diagnóstico, también como información demográfica, por o a sus miembros de trabajo y profesionales de cuidado de salud, compañías de aseguranza, instalaciones médicas, médicos, vendedores o proveedores involucrados, o cual pueden ser involucrados, con mi tratamiento, el pago por mi tratamiento y/o operaciones de cuidado de salud de Consensus Health. Yo entiendo que, por ejemplo, mi información de salud puede ser usada o divulgada por Consensus Health para: proveer cuidado o tratamiento; comunicación entre varios profesionales de cuidado de salud cual estén involucrados en mi cuidado o tratamiento; facturar por y obtener pago por cuidado o tratamiento proporcionado por Consensus Health; proveer información a y obtener pago de mi compañía de aseguranza de salud o plan; evaluar y revisar la calidad de mi cuidado; y conducir su negocio y operaciones de cuidado de salud. En adición, Yo entiendo que Consensus Health puede liberar mi información de salud protegida como requerida por ley u orden de corte.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Divulgaciones para Autorizar a Individuos

Yo entiendo que Consensus Health puede liberar mi ISP a un miembro de familia, amigo, u otra persona que yo indique que esté involucrada en mi cuidado a menos que yo me oponga. Yo designo a las siguientes personas listadas abajo como persona o personas involucradas en mi cuidado de salud y/o pago por mi cuidado de salud (circule si aplica), a quien "si" Podemos liberar la información circulada abajo:

Nombre: _____	Relación: _____	
Dirección: _____		
Teléfono: _____	Información de Salud: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Información de pago: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____	Relación: _____	
Dirección: _____		
Teléfono: _____	Información de Salud: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Información de pago: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____	Relación: _____	
Dirección: _____		
Teléfono: _____	Información de Salud: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Información de pago: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____	Relación: _____	
Dirección: _____		
Teléfono: _____	Información de Salud: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Payment Info: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información de Contacto

Yo entiendo que, si he marcado la caja con "mensaje detallado," yo estoy de acuerdo que Consensus Health puede dejar cualquier mensaje detallado en los siguientes números de teléfono indicados; recordatorios de citas, problemas de aseguranza/ financieros, resultados de biopsias u otras pruebas, y cualquier otra información acerca de tratamiento/ cuidado.

Yo deseo ser contactado de la siguiente manera (Por favor marque los que aplican):

<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa: (_____) _____	<input type="checkbox"/> Mensaje Detallado	<input type="checkbox"/> Mensaje de regresar llamada solamente
<input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo: (_____) _____	<input type="checkbox"/> Mensaje Detallado	<input type="checkbox"/> Mensaje de regresar llamada solamente
<input type="checkbox"/> Teléfono Celular: (_____) _____	<input type="checkbox"/> Mensaje Detallado	<input type="checkbox"/> Mensaje de regresar llamada solamente
<input type="checkbox"/> Enviar a Dirección de Casa: _____		
<input type="checkbox"/> Enviar a Dirección de Trabajo: _____		

Consentimiento y Autorización

Una copia de este consentimiento y autorización puede ser usada en lugar de la original. Yo he leído en entiendo los términos de este documento. Yo tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud y sobre el contenido de esta forma. Yo reconozco, consiento y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este documento:

Nombre de Paciente _____	Fecha _____
Firma de Paciente _____	
Individuo Autorizado (Padre/ Tutor) Nombre _____	
Firma de Individuo Autorizado _____	
Base de Autoridad (ej., padre, tutor): _____	