



Bienvenidos a Los Médicos Especialistas de Woodlands.

Nos sentimos honrados de ser elegidos como su proveedor de salud.

SOBRE WOODLANDS

Somos una práctica apasionada, multidisciplinaria, manejada por médicos profesionales.

Trabajamos a través de especialidades para proveer tratamientos selectivamente coordinados e individualizados que son impulsados por un solo enfoque – el bienestar de nuestros pacientes. Nuestros proveedores ofrecen un manejo integral y enfocado de la salud, nacido del pensamiento innovador, impulsado por el cuidado profundamente arraigado en la comunidad.

Los servicios médicos actuales incluyen **Hematología-Oncología, Urología, Neumología, Radioterapia, Cuidado Primario, Servicios de Imágenes Diagnósticos Totalmente Acreditados y un Centro de Mujeres para la Salud de Senos.** Ofrecemos servicios de laboratorio interno para nuestros pacientes, asegurando que nuestros médicos tengan acceso conveniente y más rápido a sus resultados.

DETALLES SOBRE SU CITA

[Adjunto encontrará su tarjeta de cita indicando los detalles de su próxima visita; esto incluye la localización de la oficina de servicio.](#)

Se les pide a los pacientes nuevos que lleguen 30 minutos antes para completar los formularios de pacientes nuevos. Una llegada tardía puede resultar en un cambio de cita.

Nosotros entendemos que a veces es necesario cambiar las citas. Le pedimos que llame con anticipación si no puede llegar a su hora correspondiente. Requerimos un aviso de 24 horas (1 día completo) de cancelación de citas, para que podamos atender las necesidades de otros pacientes. Por favor, asegúrese de revisar nuestra póliza de cancelación en los formularios.

SU PRIMER VISITA

Entendemos que su tiempo es muy valioso, así que tenemos algunas sugerencias para ayudarle a sacar el máximo provecho a su visita.

- Complete los formularios de pacientes nuevos que están incluidos en este paquete y tráigalos a su próxima cita. Estos formularios también están disponibles en nuestro sitio web Woodlandsmed.com/patient-forms.
- Asegúrese de traer lo siguiente a su cita:
 - Las tarjetas más recientes de seguro médico
 - Licencia de conducir actual o identificación con foto
 - Una lista actualizada de todos sus medicamentos

¡Bienvenidos a nuestra clínica y gracias por elegir Los Médicos Especialistas de Woodlands como su proveedor de atención medical

OFICINA CORPORATIVA
4724 N. DAVIS HWY, PENSACOLA, FL 32503

Revisado 10/01/2024

850-696-4000
WOODLANDSMED.COM



Los Médicos Especialistas de Woodlands están comprometidos a proveer a nuestros pacientes y sus familias atención médica de la más alta calidad. Nosotros estamos igualmente comprometidos a asegurar que nuestros edificios son seguros, cuidadosos, y un ambiente respetuoso para todos los que entran. Pedimos que los pacientes y visitantes sigan el ejemplo de los proveedores y el personal de Woodlands adhiriéndose a nuestro código de conducta para pacientes y visitantes de la siguiente manera:

- Todos serán tratados con amabilidad, dignidad, y respeto. No se aceptan comentarios ofensivos sobre raza, religión, género, orientación sexual o rasgos personales no son aceptables y tampoco lo es negarse a ver un proveedor o asociado basándose en estos rasgos.
- Todos los pacientes y visitantes utilizarán un lenguaje y comportamiento respetuoso y apropiado. No se toleran amenazas o agresiones físicas o verbales, palabras, frases, gestos o acciones sugerentes o explosivas.
- Todos los pacientes y visitantes respetarán la privacidad del paciente y evitarán interrumpir la atención o las experiencias de otros pacientes.
- Todos los pacientes y visitantes deben obtener el consentimiento de todos los involucrados para cualquier fotografía o grabación de video/audio dentro de todas las ubicaciones de Woodlands.

Si no se siguen estas reglas:

- Si los pacientes deciden violar este código de conducta, se les puede pedir que se retiren y hagan otros planes para su atención médica futura.
- Si los visitantes deciden violar este código de conducta, se les puede pedir que se vayan y se les puede restringir cualquier visita futura.

Todos los días, nuestros proveedores y personal están comprometidos a proveer a nuestros pacientes el más alto nivel de atención. Por favor muéstreles el respeto que merecen y que usted espera como paciente o visitante.

Gracias por elegir a Los Médicos Especialistas de Woodlands y unirse con nosotros en nuestro compromiso de garantizar un entorno seguro, cuidadoso, y respetuoso para todos nosotros.

Registro de Paciente Nuevo

Fecha:	Nombre (Apellido, Nombre, e inicial de su segundo nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Número de su Seguro Social:		
Número de Teléfono Preferido:	Número de Teléfono Celular:		
Dirección Residencial:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:			
Nombre(s) Anteriores/Nombre de Soltera(o):			
Sexo: _____		Información de Contacto de Emergencia:	
Género: _____		Nombre: _____	
Raza: _____		N.º de Teléfono: _____	
Origen Étnico: _____		Relación: _____	
Anterior/Actual Médico de Atención Primaria:		Fecha del Último Examen Físico:	

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Por favor mencione a cualquier otro médico que contribuya a su atención medica:

Nombre y Número de Contacto	Especialidad	Fecha de la Última Visita

PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES

Por favor mencione cualquier preocupación o problema que desee discutir con su médico

<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Piedras Renales	<input type="checkbox"/> Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Hipogonadismo (Testosterona baja)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Cáncer de Vejiga
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Cáncer de Riñón
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Dolencia Crónica	<input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal	<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Artritis, degenerativa	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre (piernas/pulmones)	<input type="checkbox"/> Cáncer (especifíquese)
<input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Anormal	<input type="checkbox"/> Artritis, reumatoide	<input type="checkbox"/> Síndrome de Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Cáncer (especifíquese)
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Artritis, gota	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Cáncer (especifíquese)
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/> Migraña/Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Infección Urinaria	<input type="checkbox"/> Otro (especifíquese)
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Apnea de Sueño	<input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil	<input type="checkbox"/> Otro (especifíquese)
<input type="checkbox"/> Problemas con el Tiroides	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Embarazada # _____ de veces	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Registro de Paciente Nuevo

Exposición A: Amianto Químicos Radiación Ionizante

INMUNIZACIONES Y FECHAS- Si marca cualquier vacunación abajo, por favor incluye la fecha o fechas

<input type="checkbox"/> Influenza/Gripe	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Vacuna Triple Vírica <i>Sarampión, Paperas y Rubeola</i>
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> La Culebrilla / Zoster	<input type="checkbox"/> Tdap <i>Tétanos, Difteria y tos ferina</i>

Vacuna de COVID: Pfizer Moderna Johnson & Johnson
 Fecha de la Primera Dosis: _____, Fecha de Segunda Dosis: _____, Fecha de Primer Refuerzo: _____, Fecha de Segundo Refuerzo: _____

ESTUDIOS DE DETECCIÓN DE SALUD

Mamografía	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Sangre Oculta Fecal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Prueba de Papanicolaou	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Prueba de Densidad Ósea	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Análisis de Sangre del Antígeno Prostático Específico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Prueba de Lípidos (colesterol)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:
Cardiac stress test	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:	Medico:

HOSPITALIZACIONES PASADAS

Razón	Año	Hospital

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Operación	Año	Cirujano

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Nombre del Medicamento	Reacciones

MEDICAMENTOS

Por favor mencione sus medicamentos prescritos y los medicamentos de venta libre como vitaminas e inhaladores
 *Anote el nombre y teléfono de su farmacia preferida:

Nombre del Medicamento	Potencia del Medicamento	¿Con qué frecuencia toma este medicamento?

Registro de Paciente Nuevo

CONTINUACION DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS		
Por favor mencione sus medicamentos prescritos y los medicamentos de venta libre como vitaminas e inhaladores *Anote el nombre y teléfono de su farmacia preferida:		
HISTORIA SOCIAL		
Lugar de Nacimiento:		
Ocupación:		
¿Ha viajado fuera de EE. UU?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Pareja no matrimonial <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Alcohol	¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si contesto sí, ¿de qué tipo?	
	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma por semana?	
	¿Le preocupa la cantidad de alcohol que bebe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tabaco	¿Usa o alguna vez ha usado tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – N.º de paquetes por día <input type="checkbox"/> Tabaco Mascado - N.º por día <input type="checkbox"/> Pipa - N.º por día <input type="checkbox"/> Puros- N.º por día	
	<input type="checkbox"/> N.º de años <input type="checkbox"/> O el año en que dejó de fumar	
Cigarrillos Electrónicos	¿Usa o alguna vez has usado cigarrillos electrónicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> N.º de años <input type="checkbox"/> O el año en que dejó de fumar	
Sexo	¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 6 meses?	
	Las enfermedades relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un gran problema importante de la salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su médico sobre su riesgo de esta enfermedad u otras enfermedades de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguridad Personal	¿Usted vive solo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene caídas frecuentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene pérdida de visión o audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene una directiva anticipada o un testamento de vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Te gustaría información sobre la preparación de estos documentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	¿Durante las últimas dos semanas te has sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Durante las últimas dos semanas has sentido poco interés o placer en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario(a) (No ejercicio)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Leve (subir las escaleras, caminar 3 cuerdas, golf)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Regular Vigoroso (trabajo o recreación 4 veces por semana por 30 minutos)	

Registro de Paciente Nuevo

Ejercicio Regular Vigoroso (trabajo o recreación 4 veces por semana por 30 minutos)

Violencia Doméstica	¿Durante los últimos 12 meses alguien cercano te ha lastimado, golpeado o amenazado?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Drogas	¿Usas drogas recreativas o ilícitas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
	¿Alguna vez te has puesto drogas callejeras con una aguja?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

HISTORIAL FAMILIAR				
PARIENTES	EDAD (ACTUAL O EN LA FECHA DE MUERTE)	INFARTO O DERRAME CEREBRAL	CÁNCER	OTROS PROBLEMAS MÉDICOS
Madre	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Padre	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Abuela <i>Maternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	

Registro de Paciente Nuevo

Abuelo <i>Maternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Abuela <i>Paternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Abuelo <i>Paternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	

Registro de Paciente Nuevo

RECORDATORIOS DE CITAS Y POLÍTICA DE TARIFA DE CANCELACIÓN DE \$ 25

Woodlands Medical Specialists utiliza varios tipos de comunicación electrónica para recordar a los pacientes las citas. Si no desea recibir estos recordatorios, tiene la posibilidad de optar por no participar. Tenga en cuenta que si no puede asistir a su cita médica programada, requerimos un aviso de 24 horas. En caso de que la notificación no se reciba 24 horas antes de la cita con el médico, se le cobrará al paciente una tarifa de \$ 25. Esta tarifa también se aplica a cualquier cita de trabajo que se pierda o se cancele.

Paciente Initials _____

POLÍTICA DE REPOSICIÓN DE RECETAS

Entiendo la política de reposición de mi médico:

1. Los resurtidos de recetas DEBEN solicitarse a través de su farmacia.
2. Las recargas NO se dan por la noche ni los fines de semana.
3. Las reposiciones son proporcionadas únicamente por mi médico. No le pediré a otros médicos que me resurtan.
4. NO se dan resurtidos por medicamentos perdidos, robados, derramados, extraviados o "agotados antes de tiempo".
NO HAY RECARGAS DE EMERGENCIA.
5. Algunos seguros pueden tardar entre 7 y 10 días en completar la autorización previa.

Paciente Initials _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (CONSENTIMIENTO DE HIPAA)

Autorizo a Woodlands Medical Specialists a divulgar mi información de atención médica, facturación y medicamentos/recetas a aquellos que designe. Además, doy autorización para que estas personas recojan recetas y/o medicamentos en mi nombre.

Name _____ Relación _____ teléfono _____

Name _____ Relación _____ teléfono _____

Name _____ Relación _____ teléfono _____

Paciente Initials _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tengo derecho a revisar el "Aviso de Prácticas", antes de firmar este consentimiento y estar de acuerdo con estas políticas de privacidad.

Paciente Initials _____

POLÍTICA FINANCIERA

Por la presente, autorizo a Woodlands Medical Specialists a divulgar cualquier información médica requerida durante el curso de mi examen y tratamiento a mi compañía de seguros, y permito el pago a Woodlands Medical Specialists de mi seguro por cualquier beneficio adeudado por sus servicios prestados. Reconozco y acepto la responsabilidad por los servicios prestados, independientemente de la cobertura del seguro. Esto incluye, entre otros, coseguro, copago, deducible y servicios no cubiertos. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, independientemente del estado del seguro. Acepto pagar los servicios incurridos después de que se le haya cobrado al paciente por la visita al consultorio, como laboratorios, radiología, suministros médicos, etc. Acepto pagar mi factura en su totalidad por los servicios prestados por Woodlands Medical Specialists.

Paciente Initials _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS EMPLEADOS

Al firmar este documento, reconozco que he seguido el proceso de Woodlands Medical Specialists para verificar y actualizar con precisión los datos demográficos de este paciente, incluido el nombre completo, la fecha de nacimiento, la dirección completa, los números de teléfono, la dirección de correo electrónico y la información del seguro, en el sistema de gestión de la práctica.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____



Registro de Paciente Nuevo
4724 N. Davis Hwy
Pensacola, FL 32503
Teléfono: 850-696-4000

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR: (Indique el nombre del proveedor o centro)

Persona/Instalación: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona/Instalación: Woodlands Medical Specialists Nombre del proveedor/departamento: _____

MÉTODO DE DIVULGACIÓN:

____ Recogida del paciente en la clínica/centro (el paciente recogerá sus registros y los llevará en mano a Woodlands Medical Specialists).

____ Dirección de correo: _____

____ Fax #: _____

INFORMACIÓN A DIVULGAR:

- Autorizo a la persona/centro mencionado anteriormente a divulgar mi información de atención médica y facturación a Woodlands Medical Specialists.
Autorizo a Woodlands Medical Specialists a solicitar todos y cada uno de los registros médicos que mi proveedor considere necesarios para una atención adecuada y completa.

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (selección inicial)

Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas (u otra información sobre mi tratamiento y/u hospitalizaciones por deterioro psicológico o psiquiátrico, abuso de drogas y/o alcoholismo o anemia de células falciformes).

Pruebas de laboratorio específicas de la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana, agente causante del SIDA).

El diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o afecciones relacionadas con el SIDA.

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

____ Continuidad de la atención ____ Uso personal ____ Otro (especifique) _____

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento) _____. Entiendo que si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

REDIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

CONDICIONAMIENTO: Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Me doy cuenta de que no se me negará el tratamiento si me niego a firmar este formulario.

REVOCACIÓN: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

Nombre impreso

Relación del Representante Legal con el Paciente



Registro de Paciente Nuevo

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder notarial, formulario de sustituto de atención médica, orden, nombramiento de una tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).