

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Escriba en letra imprenta)

Nombre del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial segundo nombre) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Tel. particular: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. laboral: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino  TransgéneroRaza:  Indio americano/nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Negro/afroamericano  Blanco  Hispano  Otro  Prefiere no responderIdioma:  Inglés  Español  Indio: hindi, etc.  Japonés  Chino  Coreano  Francés  Alemán  Ruso  OtroEtnia:  Hispano o latino  No hispano o latino  Prefiere no responder

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para estados de saldo del paciente)

Responsable:  Otro paciente  Garante  El paciente Marque aquí si la dirección y el teléfono son los mismos que para el paciente 

Nombre del responsable: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: DD \_\_\_\_/MM \_\_\_\_/AAAA \_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Proporcione su tarjeta de seguro (principal, secundario, etc.) en recepción al registrarse.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto de emergencia: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Tiene un testamento vital?  Sí  NoVínculo del contacto de emergencia con el paciente: \_\_\_\_\_  Tutor

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su afección y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos da su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a suspender los servicios.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico acerca del objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le hayan indicado. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que pregunte. Solicito voluntariamente que un médico o proveedor de nivel medio (enfermero, auxiliar médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, realicen el examen médico razonable y necesario, las pruebas y el tratamiento para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que si se recomiendan pruebas o procedimientos invasivos o intervencionistas adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_