

Tel y fax

DOCUMENTO PARA PERMITIR TRANSMISION DE INFORMACION CLINICA PARA PAGOS,
TRATAMIENTOS Y OTRAS ACTIVIDADES CLINICAS

Nombre del paciente (apellido) _____ (nombre) _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD: Con mi firma, abajo, reconozco haber recibido una copia de la notificación de privacidad por parte de la clínica.

DOCUMENTO PARA PERMITIR ACCEDER A MI INFORMACION CLINICA GENERAL:

Con mi firma autorizo enviar mi información médica para que la clínica pueda tratarme, obtener pagos procedentes de seguros u otras terceras personas y para otras actividades básicas de la clínica (control de calidad, por ejemplo). También autorizo entregar esa información a agencias de seguros medical o a profesionales de las medicina cuando sea necesario para que me puedan tratar, obtener pagos correspondientes al tratamiento o para otras actividades clínicas necesarias.

Autorizo enviar información clínica a mi contestador automático (answering machine).

Autorizo envía información clínica a mi esposo/a, hijos/as, y a los siguientes familiares o amigos:

CON RESPECTO A LA INFORMACION ALTAMENTE CONFIDENCIAL:

Mis informes médicos contienen o pueden contener información altamente confidencial. Con mi firma abajo, permito el envío de mi información clínica como parte de mi historia medica a agencias de seguros médicos y profesionales do las salud cuando sea necesario para el tratamiento, para la obtención de pagos por dicho tratamiento o para otras actividades clínicas:

- | | |
|---|---|
| - Información sobre SIDA/VIH | - Documentación sobre abortos |
| - Información sobre estudios genéticos | - Información sobre control de natalidad |
| - Información sobre psiquiatría, psicoterapia, psicología, o servicios sociales | - Si soy un menor emancipado legalmente, información sobre mi tratamiento y pronostico (excepto a mis padres) |
| - Mamografías | - Información sobre tratamiento con sustancias reguladas, narcóticos |
| - Información sobre diagnostico y tratamiento de abuso de alcohol o drogas | - Información sobre ensayos clínicos |
| - Información sobre enfermedades de transmisión sexual | |

[Nota al paciente: por favor, tache cualquiera de los puntos que acabamos de mencionar de los cuales no quiera permitir envío de información según hemos explicado anteriormente.]

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si el paciente es un menor de edad emancipado legalmente o incapacitado física o mentalmente, por favor obtenga la firma de la persona que representa al paciente y su titulo

Firma _____ Fecha _____