



**Información sobre paciente ambulatorio/Consentimiento para recibir tratamiento**

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		N.º de cuenta:	N.º de historia clínica:	Fecha:
Nombre del paciente:		Médico que refiere:		N.º de teléfono del médico que refiere:
Dirección:		Médico de cabecera:		
Ciudad/Estado/Código postal:		Empleador/Escuela:		
N.º de teléfono (casa):	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Dirección de correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:		Edad:	Estado civil:	Sexo:
Raza:	Origen étnico:		Religión:	
Contacto en caso de emergencia (nombre):		Relación:	N.º de teléfono (casa):	N.º de teléfono móvil:
Persona responsable:		Relación:	Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social:
Dirección de la persona responsable:		Ciudad/Estado/Código postal:	N.º de teléfono:	
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO</b>				
Seguro principal:	Empleador:	Seguro secundario:	Empleador:	
N.º de identificación del seguro:	N.º de grupo del seguro:	N.º de identificación del seguro:	N.º de grupo del seguro:	
Nombre del asegurado:		Nombre del asegurado:		
Dirección:		Dirección:		
Ciudad/Estado/Código postal:		Ciudad/Estado/Código postal:		
Fecha de nacimiento del asegurado:	N.º de Seguro Social del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	N.º de Seguro Social del asegurado:	

**Consentimiento general:** Otorgo mi consentimiento para recibir atención médica en Highland Avenue Primary Care. Esto incluye los análisis de laboratorio que se necesiten y pruebas de VIH. Por ley, comprendo que si hay una exposición de riesgo a mi sangre o a mis líquidos corporales, es posible que se me realicen pruebas para detectar VIH o el virus de la hepatitis B o C. Los resultados de esas pruebas se compartirán con el profesional de atención médica que estubo expuesto. Tengo plena conciencia de que la atención médica no es una ciencia exacta. No me han dado garantía alguna. Si me hospitalizan, acepto enviar cualquier objeto de valor a mi casa. Acepto que Highland Avenue Primary Care no se responsabiliza por pérdidas o daños a mis pertenencias.

**Comprendo la información anterior y estoy de acuerdo con ella. Este consentimiento es válido durante tres (3) años.**

**Firma del paciente o la persona responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

**Responsabilidad financiera:** Acepto pagar todos los servicios médicos brindados. Comprendo que posiblemente deba llamar a mi compañía de seguros para determinar si aprobará y pagará la atención médica. Tengo plena conciencia de que es posible que los médicos y otras personas que brindan atención no sean empleados de Highland Avenue Primary Care. Actúan por cuenta propia y no bajo la dirección de Highland Avenue Primary Care. Comprendo que recibiré una factura separada por sus servicios. Autorizo la facturación a mi plan de seguro médico por los servicios que reciba. Tengo plena conciencia de que esto no significa que mi plan de seguro médico aceptará pagar los servicios. Acepto pagar cualquier monto que no esté cubierto. Autorizo la solicitud de cobertura de seguro médico que pueda estar a mi disposición. Acepto ayudar en este proceso. Cedo todos mis derechos y reclamos de pago contemplados en cualquier plan de seguro médico a Highland Avenue Primary Care y a cualquier otro proveedor que brinde tratamiento. Designo a Highland Avenue Primary Care, los demás proveedores que brindan tratamiento o sus agentes como mi "representante autorizado" para actuar en mi nombre a fin de obtener el pago de los servicios brindados. Si pago más de lo que debo por esta visita médica, acepto que ese excedente pueda ser utilizado para pagar cualquier factura adeudada que tenga con cualquier centro de Highland Avenue Primary Care. Concedo mi Doy permiso para ser contactado para fines de tratamiento o de pago a través de cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que he dado permiso para que se comuniquen conmigo a cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que he proporcionado. Esto incluye comunicaciones con un mensaje pregrabado, sistema de marcación automática, voz artificial, mensaje por correo electrónico o mensaje de texto. Es posible que las comunicaciones se realicen a través de empresas que ayudan a mis proveedores a cobrar el dinero que debo.

**Comprendo la información anterior y estoy de acuerdo con ella. Este consentimiento es válido durante tres (3) años.**

**Firma del paciente o la persona responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

**\*Para madres que están por dar a luz, todas estas responsabilidades se aplican a su bebé recién nacido.**

Si la persona no habla inglés de forma fluida o tiene discapacidades auditivas, deben ofrecerse los servicios de un intérprete sin costo adicional:

Intérprete aceptado \_\_\_\_\_  Intérprete rechazado \_\_\_\_\_

(Nombre/número de la persona/los servicios seleccionados/utilizados)