

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo (el paciente/guardián/representante legal que actúa a favor del paciente) doy permiso para tratamiento médico, incluyendo radiología y procedimientos de laboratorio, que sean hechos por los doctores y empleados del Covenant Medical Group.

FARMACIA/ HISTORIA DE MEDICAMENTOS: Yo autorizo a Covenant Medical Group a que obtenga todo el historial de mis medicamentos, en cualquier formato para proveer mis cuidados médicos. Este consentimiento es valido de esta fecha en adelante.

RECONOCIMIENTO DE REVISION Y USO DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS

Yo he analizado la revisión de las prácticas privadas de Covenant Medical Group, que explican como mi información médica va a ser usada y divulgada. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento si yo lo pido.

DIRECTIVAS AVANZADAS DEL TESTAMENTO EN VIDA

¿Tiene usted directivas avanzadas/testamento en vida? Si No ¿Si usted respondió No, le gustaría recibir más información sobre Directivas Avanzadas? Si No

DIVULGACIONES DEL EXPEDIENTE DEL PACIENTE

En general la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) regla de privacidad da a los individuos el derecho de pedir restricciones en el uso y divulgaciones de la información de su salud (PHI). Al individuo también se le provee el derecho de pedir comunicación confidencial o que la comunicación de PHI sea dada en otras formas alternativas, como enviar la correspondencia a la oficina del individuo en lugar de de la casa del individuo.

YO DESEO QUE SE COMUNIQUEN CONMIGO DE LA SIGUIENTE MANERA (POR FAVOR PONGA EN CADA SECCION):

- # Teléfono de la casa _____
- Comunicación escrita Deje el mensaje con información detallada Enviela por correo a mi casa
- Deje el mensaje con el # de número de teléfono para regresar la llamada
- Enviela a la dirección mi trabajo/oficina Por favor **no deje** mensaje Por favor **no la envíe** por correo
- # de Teléfono de mi Trabajo _____
- Deje el mensaje con información detallada
- Las siguientes personas pueden tener acceso a mi información médica
- Deje el mensaje con el # de teléfono para regresar la llamada
- Esposo/ Otra persona Significativa: _____
- Por favor **no deje** el mensaje
- Hijo: _____ Hijo: _____
- Teléfono Movable _____ Deje el mensaje con información detallada Nadie debe tener acceso Deje el mensaje con el # de teléfono para regresar la llamada Por favor **no deje** el mensaje Número de Fax: _____
- Por favor **no me envíe** ninguna información por fax La información autorizada de arriba será aplicada a todo el grupo de proveedores de Covenant Medical Group y seguirá en efecto hasta una noticia adicional o los cambios son hechos por el paciente.
- Yo mismo Hijo Dependiente Otro: _____

Parteseco al Paciente

 Imprimir el Nombre Fecha de Nacimiento Firma Fecha

 Imprimir Nombre del Testigo Firma del Testigo Fecha