

# PRIMARY MEDICAL

## Registro, Consentimiento para Tratamiento y Autorización de Divulgación de Información Médica

### Clínica de Anticuerpos Monoclonales

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre/Sufijo: \_\_\_\_\_

Sexo Legal: M/F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

#### **Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**Aseguradora Primaria:** \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Aseguradora Secundaria:** \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratamiento:** Por la presente doy mi consentimiento y autorizo la administración de todos los tratamientos que puedan ser considerados recomendados o necesarios a juicio de cualquier médico que me examine y trate. Si en algún momento no estoy de acuerdo con el plan de tratamiento, puedo rechazar la recomendación médica. Están autorizados a proporcionar una copia de este informe a mi compañía de seguros. **Autorización y asignación:** Por la presente autorizo a los agentes de Primary Medical Group a proporcionar información de todos y cada uno de los registros médicos relacionados con mi atención a médicos, hospitales u otros profesionales de la salud que me brinden atención en cualquier momento. Autorizo a los agentes de Primary Medical a obtener mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o farmacias. Además, autorizo a Primary Medical a divulgar todos y cada uno de los registros médicos relacionados con mi atención a Medicare, cualquier compañía de seguros, compañías de organizaciones de revisión de terceros o compañías de atención administrada relacionadas con mi enfermedad y tratamientos y por la presente asigno al médico todos los pagos por los servicios médicos prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A PERSONAS/FAMILIARES.**

De acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad de la Atención Médica de 1996 (HIPAA), para que su médico o el personal de Atención Médica Primaria discuta su condición con miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización, antes de hacerlo. En el caso de un episodio crítico o si no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que estas reglas pueden no aplicarse.

Marque uno por favor:

\_\_\_\_\_ No autorizo a Primary Medical a divulgar ninguna o toda la información relacionada con mi atención médica a ninguna persona, excepto según lo establecido anteriormente.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Primary Medical a divulgar verbalmente toda la información relacionada con mi atención médica a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha