



Consentimiento General para Atención y Tratamiento

AL PACIENTE: *Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su enfermedad y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico recomendado para ser utilizado, de tal manera que usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento o procedimiento sugerido una vez conocidos los riesgos y peligros que éste implica. Hasta este momento de su atención médica no se ha recomendado ningún plan específico de tratamiento. Esta forma de consentimiento constituye simplemente un esfuerzo para obtener su autorización para llevar a cabo la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado(s) para cualquier (cualesquiera) enfermedad(es) identificada(s).*

Este consentimiento nos proporciona su autorización para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar abajo usted indica que (1) el interés de usted es que este consentimiento tenga continuidad incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted consiente al tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad mancomunada. El consentimiento permanecerá en completa efectividad hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de hablar sobre el plan de tratamiento con su médico acerca del objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si usted tiene alguna inquietud relacionada con cualquier prueba o tratamiento que le han sido recomendados por su médico, lo animamos a que haga preguntas.

Voluntariamente solicito a un médico y/o a un proveedor de nivel medio (Enfermera Calificada para Ejercer la Medicina, Asistente Médico o Enfermera Clínica Especializada), y a otros proveedores de servicios de salud o a los designados conforme se juzgue necesario, a que lleven a cabo un examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para la enfermedad que me ha traído en busca de atención médica a este consultorio. Entiendo que en caso de que se recomienden pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formas de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y entiendo completamente la información que se menciona anteriormente y que consiento completamente y voluntariamente a sus contenidos.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal con letra de molde

Relación con el Paciente

Nombre del Testigo con letra de molde

Puesto de Trabajo del Empleado

Firma del Testigo

Fecha



Consentimiento General para el Laboratorio y para la Atención y el Tratamiento Diagnósticos

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su enfermedad y sobre el procedimiento de laboratorio o diagnóstico recomendado para ser utilizado, de tal manera que usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento o procedimiento sugerido una vez conocidos los riesgos y peligros que éste implica. Hasta este momento de su atención médica no se ha recomendado ningún plan específico de tratamiento. Esta forma de consentimiento constituye simplemente un esfuerzo para obtener su autorización para llevar a cabo la(s) evaluación(es) de laboratorio y diagnóstica(s) necesaria(s) para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier (cualesquiera) enfermedad(es) identificada(s).

Este consentimiento nos otorga su autorización para realizar las pruebas de laboratorio y diagnósticas razonables y necesarias. Al firmar abajo usted indica que consiente a las evaluaciones de laboratorio y diagnósticas en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad mancomunada. El consentimiento permanecerá en completa efectividad hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de hablar con su médico sobre el objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que haya sido ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud relacionada con alguna(s) prueba(s) recomendada(s) por su médico, lo animamos a que haga preguntas.

Entiendo que si se recomienda alguna prueba adicional, invasiva o intervencionista, se me pedirá que lea y firme formas adicionales de consentimiento antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y entiendo completamente la información que se menciona anteriormente y que consiento completamente y voluntariamente a sus contenidos.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal con letra de molde

Relación con el Paciente

Nombre del Testigo con letra de molde

Puesto de Trabajo del Empleado

Firma del Testigo

Fecha

Información del Paciente:

Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____
(Inicial del Segundo Nombre) _____

Fecha de Nacimiento (DOB, por sus siglas en inglés): _____ Sexo: MujerHombreTransgénero

Número de Seguro Social (SS#): _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Desconocido

Nombre del Empleador: _____

Departamento del Empleador: _____

Empleado ¾ de tiempo (Si procede) _____

Inscrito en Medicare (marque): Parte A Parte B Parte D

¿Cómo se enteró de nosotros?:

_____ Por la red _____ Por un compañero del trabajo _____ Por la Orientación al Nuevo Trabajador

_____ Por el boletín informativo

Por otro medio, por favor describa: _____

Persona Responsable/Titular de la póliza (Si no es el paciente): _____

Nombre del Titular de la Póliza: (Apellido) _____

(Nombre) _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (DOB): _____ Compañía Aseguradora _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza (SS#): _____ - _____ - _____

Información Adicional: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ * **la dirección de correo electrónico es necesaria para tener acceso al Portal del Paciente**

Nombre de la Farmacia/Ubicación: _____

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii o de Otra Isla del Pacífico Negro o Afroamericano Blanco Declinó

Etnicidad: Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino Declinó

Idioma: Inglés Español Indio Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro _____

Información del Contacto de Emergencia: _____

Contacto de Emergencia: (Apellido) _____

(Nombre) _____

Número de Teléfono: (1) _____ (2) _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Paciente: _____

Nombres de los MédicosTratantes:

Médico de Cabecera (PCP, por sus siglas en inglés):

Algún otro médico: _____

Reconozco que la información proporcionada en esta forma, hasta donde yo sé, es correcta y está actualizada. La duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito. Entiendo que la solicitud de información médica por parte de personas que no han sido mencionadas anteriormente requerirá de una autorización específica previa para la revelación de cualquier información médica.

Firma del Paciente / Firma del Tutor

Fecha

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del Segundo Nombre) _____
 Fecha de Nacimiento Mes ___/Día ___/Año ___

Problemas Médicos: ¿Ha tenido (o tiene) alguno de los siguientes problemas médicos?: (marque Sí o No)

SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro Tipo de Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Artritis	Otro (por favor describa)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática o Pancreática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VIH Positivo o SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección de Vías Urinarias	_____	

Cirugías Anteriores: ¿Ha tenido alguna de las siguientes operaciones y en qué año?

<input type="checkbox"/> Apéndice-Año: _____	<input type="checkbox"/> Vesícula-Año: _____	<input type="checkbox"/> Pulmón-Año: _____	Otra (por favor describa) _____ _____
<input type="checkbox"/> Hernia-Año: _____	<input type="checkbox"/> Corazón-Año: _____	<input type="checkbox"/> Histerectomía-Año: _____	
<input type="checkbox"/> Anginas-Año: _____	<input type="checkbox"/> Tiroides-Año: _____	<input type="checkbox"/> Columna Vertebral/Articulación-Año: _____	

Historia Social del Paciente

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado Viudo(a)

Uso de Alcohol: Nunca Rara vez Moderado Diario Dejó de Tomar Antes

Uso de Tabaco: Nunca Dejó de Fumar Antes Fumador Actual Cajetillas Diarias: _____

Uso de Drogas: **SÍ** **NO** Tipo: _____ Frecuencia: _____

Historia Clínica Familiar

	Edad	Enfermedad	Fallecido/Causa de Muerte
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano	_____	_____	_____
Hermana	_____	_____	_____

En caso de que un procedimiento tenga que ser reprogramado, ¿Qué hospital prefiere?

Firma: _____

Fecha: _____

