

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO



Pain & Rehabilitative
CONSULTANTS MEDICAL GROUP

1335 Stanford Ave
Emeryville, CA 94608
Phone: (510) 647-5101 Fax: (510) 647-5105

Babak Jamasbi, MD | Brendan Morley, MD
Timothy Lo, MD | Arzhang Zereshki, MD | Neil Kamdar, MD | John Alchemy, MD
Mark Phillips, PA | Susie Paik, PA-C | Donny Cho, PA-C | Julia Fellows, PA-C
Callum Eastwood, PsyD | Mariel Barcebal, PsyD
Lauren Melendres, PhD | Gabrielle Reiman, PsyD

Estimado paciente,

Los siguientes formularios deben ser completados antes de llegar a su cita. Por favor, entregue los siguientes formularios completos a la recepcionista cuando se registre el día de su cita. Desafortunadamente, el médico puede reprogramar su cita para otro día si alguna de las siguientes formas no se han completado totalmente.

Tenga en cuenta que hay estacionamiento al cruzar la calle de nuestro edificio designado “PRC Medical Group Parking”. Entrada por Doyle St. Por favor estacione su vehículo a su propia discreción.

Gracias,
Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

INFORMACION PERSONAL

Nombre: _____ SSN: _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono: (_____) _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Licencia de conducir #: _____

PARTE RESPONSABLE

Si el paciente es menor de 18 años o si la parte responsable es diferente al paciente, complete la siguiente sección.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono: (_____) _____ SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Licencia de conducir #: _____

MÉDICO REMITENTE

Nombre: _____ Licenciatura: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____)

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Empleador: _____ Teléfono: (_____)

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Ocupación: _____ Supervisor: _____

Dirección de correo electrónico del empleador: _____ Fax: (_____)

INFORMACIÓN DE INDEMNIZACION

Compañía de seguros: _____ Número de reclamo: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Fecha de la lesión: _____ Parte del cuerpo: _____

Examinador de reclamaciones: _____ Teléfono: (_____) Fax: (_____)

Nombre del Abogado: _____ Teléfono: (_____) Fax: (_____)

Consentimiento General Médica: El paciente o el representante legal del paciente acuerda la atención general y médica, incluidos, entre otros, exámenes de rayos X, procedimientos de laboratorio y servicios médicos prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico. Se entiende que el paciente está bajo el cuidado y la supervisión de su médico tratante. **Divulgación de Información:** En la medida necesaria para determinar los beneficios del seguro, la responsabilidad del pago y obtener el reembolso, podemos divulgar partes de la historia clínica y el archivo de la cuenta del paciente a cualquier persona o corporación que pueda ser responsable de todo o parte de los cargos del paciente, incluidos pero no se limita a las compañías de seguros, planes de servicios de atención médica o compañías de compensación para trabajadores. **Asignación de beneficios de seguro:** Autorizo la presentación de reclamos de seguros en mi nombre por los servicios prestados. También autorizo que los pagos se realicen directamente a esta oficina para cualquier beneficio, tanto básico como médico mayor, de otro modo pagadero a nombre o en nombre del paciente por todos los servicios prestados.

Firma del paciente, padre, tutor legal o representante legal

Fecha

FORMAS DE CONCENTIMIENTO HIPAA

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) estableció una "Regla de Privacidad" para ayudar a garantizar que la información personal de atención de privacidad médica esté protegida. La "Regla de privacidad" también se creó con el fin de proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de su paciente para usos y divulgaciones de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Como paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para cuidar y proteger esa privacidad. Siempre nos esforzamos por tomar precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, brindaremos la información mínima necesaria solo a aquellos que consideramos que necesitan su información de atención médica con respecto al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica a fin de brindar atención médica que sea la mejor para usted.

Apoyamos completamente su acceso a sus registros médicos personales. Podemos tener relaciones indirectas con el tratamiento que (como los laboratorios que sólo interactúan con los pacientes médicos y no), y puede tener que revelar información personal de salud para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Estas entidades a menudo no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información personal de salud, pero esto debe hacerse por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su información personal de salud. Si elige dar su consentimiento a este documento, en el futuro puede solicitar rechazar toda o parte de su información personal de salud. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado basadas en esto o en un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA.

Tiene derecho a revisar nuestro Aviso de privacidad (Notificación de cumplimiento de garantía a nuestros pacientes), para solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito.

Yo, al firmar, entiendo y acepto los contenidos anteriormente mencionados.

Nombre del paciente (MOLDE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

ACUERDO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Acepto y acepto las siguientes condiciones para el tratamiento de medicamentos para el dolor (opioides) recetadas por mi "proveedor" del manejo del dolor:

1. Entiendo que la reducción en mi dolor y mejora en mi calidad de vida son los objetivos de mi tratamiento con analgésicos. Informaré con precisión el alivio del dolor, los cambios en mi calidad de vida y efectos secundarios causados por mi medicamento para el dolor.
2. Entiendo que el uso de analgésicos conlleva riesgos, incluyendo efectos secundarios y complicaciones, las cuales mi médico los ha analizado a mi satisfacción. Entiendo que uno de los riesgos de usar analgésicos es volverse adicto a ellos.
3. Solo mi médico puede recetar medicamentos para el dolor. Ejemplos de analgésicos son: morfina, MS Contin, Oramorph Codeine, Tylenol # 3, OxyContin, Percocet, Percodan, hidrocodona, Vicodin, Lortab, Norco, metadona, Dolophine, meperidina, Demerol, hidromorfona, Dilaudid, propoxifeno, Darvocet, Darvon, y otros.
4. La receta de analgésicos por parte de mi médico requerirá citas de seguimiento en esta oficina según lo determine mi médico.
5. Acepto y permito que mi médico se comunique con otros médicos y farmacéuticos con respecto a la receta de mis medicamentos.
6. Entiendo que los medicamentos para el dolor no serán repuestos antes de tiempo, incluyendo los perdidos, robados o se extraviados.
7. **Solo un médico puede aumentar su dosis de medicamento para el dolor.** Si elige aumentar su uso de medicamentos para el dolor por su cuenta, no lo volveremos a surtir.
8. Las consultas sobre sus analgésicos deben realizarse durante el horario normal de oficina (es decir, de lunes a viernes de 8:00 a. M. A 5:00 p. M.) Al 510-647-5101, extensión 104 o 162.
9. En caso que el tratamiento con su medicamento para el dolor no tenga éxito y usted haya cumplido con tal, se brindará atención durante cualquier reducción de medicación requerido. Puede ser necesario referirlo a instalaciones especializadas en desintoxicación de medicamentos.
10. Se entiende que surgen emergencias y bajo especiales circunstancias, se pueden hacer excepciones de estas políticas. Los casos serán revisados y modificados individualmente según sea necesario.
11. Tome en cuenta que puede solicitar una receta escrita para surtir su medicamento en la farmacia de su elección en lugar de surtir su medicamento directamente desde nuestra oficina.

TOME EN CUENTA: Tenemos un período de 5 días hábiles en el que respondemos a toda solicitud de surtido. Esto no incluye fines de semana o días feriados.

PRECAUCIÓN: LOS MEDICAMENTOS OPIOIDES PUEDEN PROVOCAR MAREOS. EL ALCOHOL NO DEBE CONSUMIRSE AL TOMAR MEDICAMENTOS. TENGA CUIDADO CUANDO MANEJE UN AUTO O MAQUINARIA PELIGROSA. LA LEY FEDERAL PROHIBE LA TRANSFERENCIA DE ESTOS MEDICAMENTOS A CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE PARA EL QUE SE RECETO.

Yo, al firmar abajo, entiendo y acepto cumplir con las pautas anteriores.

Nombre del paciente (MOLDE): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

DIVULGACION DE INFORMACION

En general, la información médica sobre el procedimiento del paciente es tratada confidencialmente por Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group, el personal administrativo y médico. La Ley de Confidencialidad de Información Médica (Parte 2.6 de la División 2 del Código Civil de California, Sección 56) establece aquellas instancias en las que el Grupo médico de Pain and Rehabilitative Consultants puede divulgar legalmente dicha información a otras personas sin el consentimiento por escrito. Conforme a la ley, se permite a Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group sin consentimiento por escrito divulgar dicha información médica a la compañía de seguro médico del paciente u otra entidad legal que brinde cobertura médica en la medida necesaria para determinar la responsabilidad de pago de esa entidad.

Autorizo a todos mis proveedores de previa atención médica a proporcionar registros médicos pertinentes (incluida la evaluación psicológica y psiquiátrica) a Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group.

Autorizo a Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group enviar copias de mi evaluación y tratamiento al personal médico que mencioné en este cuestionario, así como al personal médico adicional que solicito recibir esta información, o al que me envían desde Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group. También permito a Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group, enviar copias de mis informes a los proveedores de seguros.

ACUERDO DE LIBERACION FINANCIERA

En la consideración de los servicios recibidos, Yo como paciente comprendo que mi seguro de compensación para trabajadores será responsable financieramente de mi cuenta en Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group, siempre que mi caso esté abierto y activo. En el caso de que mi caso se cierre o se declare bajo Compromiso y liberación SIN médico a futuro, me comprometo financieramente a pagar todas las visitas futuras después de la fecha legalmente establecida. Todas las cuentas pendientes en la opción de Pain and Rehabilitative Medical Group tendrán intereses a la tasa legal.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluidos el seguro privado y otros planes de salud a: Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group. Esta tarea permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de este acuerdo debe ser tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por mi compañía de seguros. Por la presente, autorizo a dicho cesionario a revelar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Yo, al firmar, entiendo y acepto los contenidos anteriormente mencionados.

Nombre del paciente (MOLDE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

HOJA DE INFORMACION DE CONFIDENCIALIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Dónde podemos dejarle mensajes confidenciales detallados?

Número telefónico: (_____) _____ Número del trabajo: (_____) _____

Número de Celular: (_____) _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Amigo local o familiar (que no viva en su hogar)

Nombre completo: _____ Parentesco: _____

Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

CONTACTO PARA RECOGER MEDICAMENTOS

Si desea autorizar a alguien para que recoja su medicamento, complete el siguiente formulario.

Nombre de la persona autorizada para recoger sus medicamentos: _____

Numero de Licencia o identificación de tal persona: _____

Relación al paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

ACUERDO DE TERAPIA DE MANTENIMIENTO DE OPIOIDES PARA LA GESTIÓN DEL DOLOR

El propósito de este acuerdo es brindarle información sobre los medicamentos que tomará para el control del dolor y para asegurar que usted y su médico cumplan con todas las reglamentaciones estatales y federales relacionadas con la prescripción de sustancias controladas. Se puede considerar una prueba de terapia con opioides para el dolor moderado a intenso con la intención de reducir el dolor y aumentar la función. El objetivo del médico es que usted tenga la mejor calidad de vida posible dada la realidad de su condición clínica. El éxito del tratamiento depende de la confianza mutua y la honestidad en la relación médico / paciente y el completo acuerdo y entendimiento de los riesgos y beneficios del uso de opioides para tratar el dolor.

1. Debe utilizar un médico para recetar y controlar todos los medicamentos opioides y adjuntos analgésicos.
2. Debe usar una farmacia para obtener todas las recetas de opioides y adjuntos analgésicos recetados por su médico.
 - a. **Nombre de Farmacia y ciudad:** _____
 - b. **Número telefónico:** _____ **Número de Fax:** _____
3. Debe informar a su médico de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo remedios herbales, ya que los medicamentos opioides pueden interactuar con medicamentos de venta libre y otros medicamentos bajo receta, especialmente el jarabe para la tos que contiene alcohol, codeína o hidrocodona.
4. Se le verá de forma regular y se le podrán recetar medicamentos suficientes que le duren de cita a cita, generalmente incluyendo de dos a tres días adicionales. Este medicamento adicional no se debe usar sin el permiso explícito del médico a menos que una emergencia lo requiera o se posponga su cita por uno o dos días.
5. Solo se entregarán las recetas de medicamentos para el dolor o de cualquier otra medicina durante una visita al consultorio o durante el horario normal de atención. No se surtirá ningún medicamento durante la noche o los fines de semana a menos que sea una emergencia verdadera y verificable.
6. Usted es responsable de mantener su analgésico en un lugar seguro y protegido, como un armario o caja fuerte con llave. Se espera que proteja sus medicamentos contra pérdida o robo. Deberá informar inmediatamente a la policía y su médico del robo de medicamentos, obteniendo de un informe policial. Usted acepta proporcionar a su médico una copia oficial de este informe policial una vez disponible. Si sus medicamentos se pierden, extravían o son robados, su médico puede elegir no reemplazar los medicamentos o reducirlos y discontinuarlos.
7. No puede dar ni vender sus medicamentos a ninguna otra persona bajo ninguna circunstancia. Si lo hace, puede poner en peligro la salud de esa persona. Es también considerado contra la ley.
8. Cualquier evidencia de acaparamiento de drogas, adquisición de cualquier medicamento opioide o adjunta analgesia de otros médicos (que incluye salas de emergencia), aumento o reducción de dosis no controlada, pérdida de recetas o incumplimiento del acuerdo, puede resultar en la terminación de relación médico/paciente.
9. Se comunicará con detalle acerca de su nivel de dolor y nivel de actividad funcional junto con los efectos secundarios de los medicamentos, de la mejor habilidad posible con su médico durante las visitas iniciales y de seguimiento. Esta información le permitirá a su médico ajustar su plan de tratamiento adecuadamente.
10. No debe usar ninguna sustancia ilícita, como cocaína, marihuana, etc., mientras toma estos medicamentos. Esto puede ocasionar un cambio en el plan de tratamiento, incluyendo la adecuada interrupción de sus medicamentos opioides cuando según aplique, o la finalización completa de la relación médico / paciente.
11. El uso de alcohol y medicamentos opioides está contraindicado.
12. Hay efectos secundarios con los opioides, estas pueden incluir, mas no exclusivamente, ronchas en la piel, estreñimiento, disfunción sexual, anomalías del sueño, sudoración, edema, sueño o la posibilidad de trastornos cognitivos (estado mental) y / o capacidad motora. El uso excesivo de opioides puede causar una disminución de la respiración y posiblemente la muerte.

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

ACUERDO DE TERAPIA DE MANTENIMIENTO DE OPIOIDES PARA LA GESTIÓN DEL DOLOR

13. Usted acepta y entiende que su médico se reserva el derecho de realizar pruebas de detección de drogas en la orina. Si se solicita que proporcione una muestra de orina, usted acepta cooperar. Si decide no proporcionar una muestra de orina, entiende que su médico puede cambiar su plan de tratamiento, incluida la interrupción adecuada de sus medicamentos cuando corresponda, o la cancelación completa de la relación médico/paciente. La presencia de un medicamento (s) no recetado (s) o de un medicamento (s) ilícito (s) en la orina puede ser motivo de cancelación de la relación médico/paciente. Usted comprende que hay un costo por separado por las pruebas de detección de drogas en la orina por las cuales usted es responsable en caso de no estar cubiertas por su seguro o si usted es un paciente que paga por su cuenta.
14. La dependencia física y/o tolerancia puede ocurrir con el uso de medicamentos opioides. La dependencia física significa que, si el medicamento opioide es interrumpido bruscamente o no se toma según las indicaciones, puede producirse un síntoma de abstinencia. Esta es una respuesta fisiológica normal. El síndrome de abstinencia puede incluir, pero no exclusivamente, sudoración, nerviosismo, calambres abdominales, diarrea, escalofríos y alteraciones en el estado de ánimo. Debe notarse que la dependencia física no es igual a la adicción. Uno puede depender de la insulina para tratar la diabetes o depende de la prednisona (esteroides) para tratar el asma, pero uno no es adicto a la insulina o la prednisona. La adicción es una enfermedad neurobiológica primaria y crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestación. Se caracteriza por un comportamiento que incluye uno o más de los siguientes: control alterado del consumo de drogas, uso compulsivo, uso continuo a pesar del daño y antojos. Esto significa que la droga disminuye la calidad de vida.
Tolerancia significa un estado de adaptación en el cual la exposición al medicamento induce cambios que resultan en la disminución de uno o más de los efectos del medicamento a lo largo del tiempo. La dosis del opioide puede tener que aumentarse o reducirse a una dosis que produzca la función máxima y una disminución realista del dolor del paciente.
15. Si tiene un historial de abuso o adicción al alcohol o las drogas, debe notificar al médico de dicho historial, ya que el tratamiento con opioides para el dolor puede aumentar la posibilidad de recaída. En la mayoría de los casos, un historial de adicción no lo descalifica para el tratamiento con opioides para el dolor, pero es necesario iniciar o continuar un programa de recuperación.
16. Usted acepta permitir que su médico se comunique con cualquier profesional de la salud, familiar, farmacia, autoridad legal o agencia reguladora para obtener o proporcionar información sobre su atención o acciones si el médico considera ser necesario.
17. Usted acepta una conferencia familiar o una conferencia con un amigo cercano o con otra persona si el médico considera ser necesario.

Estoy de acuerdo con los términos anteriores para que el Dr. _____ pueda proporcionar un control del dolor de calidad utilizando terapia con opioides para disminuir mi dolor y aumentar mi función.

Nombre del paciente (MOLDE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE

Yo, _____, entiendo que mi médico tiene la habilidad de darme algunas de las medicinas que puedo necesitar para mi tratamiento. Sin embargo, entiendo, que siempre tendré la opción de recibir una receta escrita que puedo llevar a una farmacia de mi preferencia.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

(PARA LLENAR EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE)

Leyes de farmacia CA - Código de negocios y profesiones

Artículo 12. Dispensador de recetas Parte 4170 (6)

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

ACUERDO DE RESOLUCIÓN DE PREOCUPACIONES

"Yo", "Paciente / Guardián" se entenderá que significa _____ (*inserte el nombre del paciente o tutor*).

"Medico" se entenderá que significa *Médicos y asistentes médicos del grupo Pain and Rehabilitative Consultants Medical*.

Entiendo que estoy entrando en una relación contractual con el médico para la atención profesional. Igualmente entiendo que los reclamos sin mérito y frívolos por negligencia médica tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de atención médica, y pueden causar daños irreparables a un proveedor médico. Como consideración adicional por la atención profesional que me brindó el médico, el paciente / tutor y / o mi representante acuerdan no presentar, directa o indirectamente, ningún reclamo (s) falso (s), carente de mérito y / o frivolidad de negligencia médica contra el médico.

Además, si se inicia o persigue un caso de negligencia médica meritoria o una causa de acción, yo (el paciente) y / o mi representante acordamos utilizar el (los) testigo (s) médico (s) experto (s) certificado (s) por la Junta Americana de Especialidades Médicas la misma especialidad que el médico. Además, estoy de acuerdo en que estos testigos expertos serán miembros de buena reputación y cumplirán con los lineamientos y / o el código de conducta definidos por la *Academia Estadounidense de Control del Dolor* para los testigos expertos.

En consideración adicional para esto, el médico acepta las mismas estipulaciones.

El paciente / tutor y el médico *reconocen que los daños monetarios pueden no proporcionar un remedio adecuado por incumplimiento de este Acuerdo. Tal incumplimiento puede causar un daño irreparable a la reputación y el negocio del médico. El paciente / tutor y el médico acuerdan en caso de una infracción para permitir un rendimiento específico y / o un desagravio por mandato judicial.*

Nombre del Médico

Firma del Médico

Nombre del Paciente/Guardian

Firma del Paciente/Guardian

Fecha de inicio de tratamiento

Fecha de Firma

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Estimado Paciente,

Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group se dedica a proporcionar servicios integrales a sus pacientes de manera amistosa, eficiente y de alta calidad. Puede ser referido a Bay Surgery Center para procedimientos ambulatorios. Drs. Jamasbi y Morley son dueños parciales del Bay Surgery Center. Aunque puede optar por que el procedimiento se realice en otro lugar, todas las derivaciones se hacen teniendo en cuenta su mejor cuidado y conveniencia.

Sinceramente,

Drs. Jamasbi y Morley

Reconozco que puedo recibir que el procedimiento ambulatorio recetado por mi médico se realice en cualquier otro centro que brinde servicios similares, pero acepto que el procedimiento se realice en Bay Surgery Center.

Nombre del paciente (MOLDE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PAQUETE DE INDEMNIZACION LABORAL PARA PACIENTE NUEVO

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA

Yo, _____, Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica a la (s) siguiente (s) persona (s) listadas a continuación:

Nombre completo	Relación	Número de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Este privilegio permanecerá vigente hasta el momento en que notifique por escrito a Pain and Rehabilitative Consultants Medical Group que esta autorización ha sido revocada.

Nombre del paciente (MOLDE): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____