



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha del examen: _____ Cód. org.: _____ Adhesión # _____ MRN# _____

Nombre del paciente: _____ Nro. de seguridad social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Correo electrónico: _____

¿Quisiera recibir notificaciones sobre más servicios y exámenes de salud? Sí No

Dirección postal: _____
Calle Dpto# Ciudad/Estado Cód. Postal

No. tel. primario: _____ No. tel. celular: _____ Permiso de mandar un text

Contacto por emergencia médica (nombre y nro. tel.): _____ Relación: _____

NOMBRE DEL GARANTE _____ <input type="checkbox"/> El propio paciente <i>(Parte responsable del equilibrio de paciente)</i>			
Dirección postal: _____ Calle Dpto# Ciudad/Estado Cód. Postal			
No. Seg. Social: _____		Teléfono: _____	

Médico solicitante: _____ Dirección: _____

Resultado al segundo médico: _____

Síntomas del paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA PONERSE EN CONTACTO: Reconozco y estoy de acuerdo de que ARA puede ponerse en contacto conmigo para cualquier propósito relacionado a los servicios de ARA que recibiré, incluyendo recordatorios de citas por mediante de cualquier método de comunicación. Estoy de acuerdo de comunicar inmediatamente cualquier cambio a mi información de contacto. Reconozco que es posible que me cobren por recibir un mensaje text y que los texts y mensajes de email no se mandan por un proceso de cifrado. Es decir que hay un riesgo que mi información no esté privado.

AVISO DE PRIVACIDAD: Declaro que se me ha brindado la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad ARA mediante el que se me explica cómo ARA utilizará y divulgará la información sobre mí. Comprendo que ARA no necesita mi permiso para divulgar información sobre la salud con fines relacionados con tratamientos, pagos u operaciones comerciales de rutina.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS: Al firmar este formulario por la presente autorizo a que se divulguen mis registros. Esta autorización extiende a toda mi protegida información de salud que ARA mantiene y es válida hasta que se revoque. La información que se puede divulgar incluye, pero no está limitada a: declaraciones de costos o pagos, documentos de todas las visitas, historiales médicos y documentos médicos proveído a o recibido por otros médicos y proveedores. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que ya la ha sido publicado. La revocación debe estar escrito y mandado a Attention: Privacy Officer, Austin Radiological Association, P.O. Box 4099, Austin, TX 78765. Además, entiendo que tengo el derecho de pedir una copia de mi historia médica en cualquier momento, y que ARA hará el mejor esfuerzo de responder lo antes posible. Reconozco y entiendo que se puede cobrar por las copias. Reconozco y acepto que ARA puede ponerse en contacto conmigo a cualquiera de los números de teléfono que aparecen en la página uno de este formulario para cualquier propósito relacionado con los servicios que recibo en ARA.

- Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas (por ejemplo, familiares y amigos).
- Marque aquí si quiere solamente las fotocopias de los records relacionados a los servicios de hoy para divulgarse a las siguientes personas.

_____	_____	_____	_____
(Nombre)	(Parentesco)	(Nombre)	(Parentesco)

Por el presente, ARA, sus empleados, funcionarios y médicos están liberados de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información mencionada con el alcance indicado y autorizado en el presente. Comprendo además que la información utilizada o divulgada de acuerdo con la presente autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no está protegida.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente, autorizo el pago a ARA de todos los beneficios del seguro de salud y autorizo a ARA a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago. Acepto que una fotocopia de la presente autorización sea considerada como efectiva y válida como la autorización original. Como Paciente o Garante, comprendo que soy legalmente responsable de todos los cargos incurridos, sea o no que este cargo sea pagado por mi seguro de salud y que cualquier saldo pendiente de pago sea totalmente exigible. Si se me paga seguro de salud directamente a mí, pagaré a ARA lo antes posible.

PRUEBAS DE VIH LUEGO DE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL: Comprendo que, en el caso de que un trabajador del cuidado de la salud se vea expuesto a mi sangre o fluidos corporales durante mi examen/procedimiento, podría analizarse mi sangre para determinar la existencia de anticuerpos de VIH y cualquier otra enfermedad transmisible sin costo alguno para mí.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Presto mi consentimiento para la realización de cualquier procedimiento en el día de la fecha. Con mi firma declaro que no he tomado medicamentos o sustancias hoy que puedan impedir mi juicio o comprensión de este documento.

FIRMA: _____ FECHA: _____
(Paciente / Padre / Tutor Legal)

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____ NO. DE TELÉFONO: _____