

GEORGETOWN MEDICAL CLINIC



FORMULARIO DE CONCENTIMIENTO PARA PACIENTES

USO Y DISPOSICION DE INFORMACION DE SALUD LA CUAL ESTA PROTEJIDA

Yo doy mi consentimiento para dejar que La Clinica Medica de Georgetown use y disponga de mi informacion de salud la cual esta protegida, en orden para llevar acabo tratamiento medico, pago, y operaciones del systema de salud clinico.

Authorizacion/Pago de Seguro

- Yo autorizo La Clinica Medica de Georgetown que proevar informacion medica a mi portador de seguros, y yo autorizo pago de beneficios de seguro a La Clinica de Medica Georgetown por los servicios medicos rendidos a mi.

Authorizacion Para dejar Mensajes de Voz/Correo Electronico

- Yo autorizo La Clinica Medica de Georgetown que deje mensajes de vos, o correo electronico en casa o en mi trabajo, para comunicarme de las citas medicas y otros servicios para mi o miembros de mi familia. Yo entiendo, sin embargo, mensajes importantes y confidenciales medicos no van a ser dejados. A no ser que sean autorizados por mi o mi Doctor.

Firmando este formulario, yo estare dando consentimiento a La Clinica Medica de Georgetown el uso y disposicion de mi informacion medica protegida, el cual esta detallada en la informacion dada anteriormente en este formulario. Aunque, yo dare orden para restringir el uso de tal informacion y revokar mi consentimiento por escrito.

Yo entiendo que yo tengo el derecho de revisar el aviso de Practicas Privadas para una descripcion mas completa de tales usos antes de firmar este documento de consentimiento.

REVISION DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACION

- Yo autorizo La Clinica Medica de Georgetown y la clínica San Gabriel de Investigacion para que revise todo los documentos que determinen mis cualidades para la aprovacion de studios clinicos y para que me llamen si hay alguna posibilidad de ser candidato(a) para tal investigacion o studios. Ningun archivo será proporcionado a otras personas per el propósito de investigación, excepto si especificamente haiga un aprobación escrita por mi.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- Yo aceptare responsabilidad financiera por todas las cuentas medicas de doctores y de los servicios prestados por los empleados de la clinica.

CONSIENTIMIENTO MEDICO POR LA ASISTENTE DE MEDICO

- Yo estoy de acuerdo acer tratado por el asistente del medico (P.A.-C). Un profesional de salud autorizado por la junta del estado de Texas de examinadores medical. El asistente medico se incorpora por la clinica de Georgetown del Centro Medico para proporcionar un nivel adicional de acceso a un atencion de calidad al paciente.
- Yo entiendo que yo puedo cambiar mi decision al cualquier tiempo por peticion a ver el medico, momento en el que la clinica me ayudara hacer un horario para mi cuidado.
- Si usted quisiera informacion adicional de servicios y entrenamiento del los asistentes del medico, por favor de preguntar a las recepcionistas.

Firma del Paciente/O Guardian Legal

Nombre de Paciente

Fecha

Escriba el Nombre del Paciente/O Guardian Legal