

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su afección y los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento que se le sugiera después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente es para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria a fin de identificar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección que se identifique.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y los tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) otorga su consentimiento para el tratamiento en este consultorio o cualquier otra sucursal de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho de hablar acerca del plan de tratamiento con su médico, sobre la finalidad, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le indique. Si tiene alguna duda sobre cualquier prueba o tratamiento que le recomiende su médico, le recomendamos hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico o a un proveedor de nivel intermedio (enfermero, asistente médico o especialista en enfermería clínica), así como a otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, que realicen un examen médico razonable y necesario, y las pruebas y los tratamientos para la afección por la que busqué atención en este consultorio. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se lleven a cabo.

Certifico que leí y comprendí las afirmaciones mencionadas por completo y acepto plena y voluntariamente su contenido.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante personal

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Estimado paciente:

Devuelva el paquete completado, junto a las páginas que contienen las firmas, en la recepción.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Masculino Femenino

N.º de seguro social: _____

Domicilio principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: Preferencia (_____) _____

Celular Preferencia (_____) _____

Domicilio secundario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podríamos dejar un mensaje en su contestadora automática/correo de voz? Sí No

Correo electrónico: _____

¿Podríamos enviarle un correo electrónico? Sí No

Idioma de preferencia: _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Raza: Nativo americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco Otra

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia y calles transversales: _____

(Solo para uso interno)

N.º de historia clínica: _____

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____, solicito una copia de mi historia clínica completa de la oficina de:

Nombre y dirección del practicante

Para enviar a Woodlands Cancer Institute: (Uso interno)

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Fax/Número de teléfono

_____ Doy permiso para que envíen por fax mi historia clínica a la persona, compañía o establecimiento médico que se indica arriba. Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que al firmar esta autorización para divulgar mis registros, estoy dando permiso a Woodlands Cancer Institute (WCI), una división de American Oncology Partners (AOP), a recibir copias de cualquier información relacionada con cuestiones médicas, psiquiátricas, SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, análisis de VIH, abuso de alcohol y/o drogas para la(s) persona(s) u organización. También entiendo que esta autorización se podrá revocar en cualquier momento, salvo que se hubiera interpuesto alguna acción antes de la revocación. Este consentimiento es válido indefinidamente hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

_____ AVISO LEGAL: La falta de firma del presente no me impide recibir atención.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Fecha de nacimiento del paciente

Paciente o garante (Firma)

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Marque uno de los siguientes:

Doy permiso a los empleados de Woodlands Cancer Institute (WCI), una división de American Oncology Partners (AOP), para divulgar mi información médica protegida a mí y a las siguientes personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Solicito que toda mi información médica protegida se divulgue SOLAMENTE a mí y a ninguna otra persona.

Entiendo que puedo revocar o cambiar este consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento para reemplazar a este.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SEGURO

Compañía aseguradora principal: _____

Nombre del titular principal de la póliza: _____

N.º de póliza/ID del grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan incluye la cobertura de recetas? Sí No

Compañía aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular secundario de la póliza: _____

N.º de póliza/ID del grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan incluye la cobertura de recetas? Sí No

Compañía aseguradora de la farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____

N.º de póliza/N.º de Bin: _____

Certifico que la información provista es verídica. Voy a notificar a Woodlands Cancer Institute (WCI), una división de American Oncology Partners (AOP), sobre cualquier cambio en cuanto estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a WCI/AOP sobre cualquier cambio en mi plan de seguro o podría ser responsable de costear el saldo completo de mi tratamiento.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (Firma)

ACUSE DE RECIBO DEL ACUERDO DE POLÍTICAS FINANCIERAS

Al firmar este formulario, reconoce que se le ha informado que tiene derecho a recibir una copia del Acuerdo de Políticas Financieras de Woodlands Cancer Institute (WCI), una división de American Oncology Partners (AOP).

Este aviso está disponible en copia impresa solicitando verbalmente una copia en la recepción de cualquier instalación de WCI/AOP o enviando una solicitud por escrito a la oficina corporativa de Woodlands Cancer Institute, una división de American Oncology Partners, 14543 Global Parkway, Suite 110, Fort Myers, FL 33913.

También puede ver o imprimir una copia del Acuerdo de Políticas Financieras visitando AONcology.com/policies/WCI_FPA.pdf

Fecha: _____

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente (firma)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Al firmar este formulario, reconoce que se le ha informado que tiene derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas Privadas de Woodlands Cancer Institute (WCI), una división de American Oncology Partners (AOP).

Este aviso está disponible en copia impresa solicitando verbalmente una copia en la recepción de cualquier instalación de WCI/AOP o enviando una solicitud por escrito a la oficina corporativa de Woodlands Cancer Institute, una división de American Oncology Partners, 14543 Global Parkway, Suite 110, Fort Myers, FL 33913.

También puede ver o imprimir una copia del Aviso de Prácticas Privadas visitando AONcology.com/policies/WCI_NPP.pdf

Fecha: _____

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente (firma)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Fecha

Al firmar a continuación, autorizo a Woodlands Cancer Institute (WCI), una división de American Oncology Partners (AOP), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y AON Pharmacy, LLC (y cualquier proveedor autorizado de servicios de mensajes de texto/correo electrónico de WCI/AOP) para comunicarse conmigo por mensaje de texto SMS o correo electrónico para notificaciones relacionadas con la salud, incluidos recordatorios de citas, comunicaciones de facturación, y proporcionar comentarios para asistirme mejor.

Entiendo que puedo estar recibiendo comunicaciones relacionadas con mi información (nombre y dirección de correo electrónico) con fines de marketing, incluso de terceros y/o un recurso en línea para que los pacientes brinden comentarios sobre la atención. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados por WCI/AOP bajo mi plan de telefonía celular.

Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a WCI/AOP a enviarme mensajes de texto y/o correo electrónico. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento respondiendo con “DETENER” o cancelando la suscripción.

Entiendo que los mensajes de texto o correo electrónico no reemplazan la atención profesional o médica.

Al firmar a continuación, indico que soy la persona legalmente responsable de todo uso de cuentas móviles o de correo electrónico, que tengo al menos 18 años y que acepto todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajería de texto y notificaciones de correo electrónico.

MARQUE LO SIGUIENTE:

- Doy mi consentimiento para recibir información a través de mensajes de texto o correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
Número de teléfono _____ Correo electrónico _____
- No doy mi consentimiento para recibir ninguna información a través de mensajes de texto o correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento más adelante.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha

Paciente (firma)