



Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Cuenta del Paciente: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Yo, sea este firmado por el paciente, por el representante personal del paciente o por la persona que tiene la custodia del paciente, por medio de este testamento consiento y doy permiso a CaroMont Medical Group (CMG) para la examinación, exámenes y tratamiento del paciente.

PERMISO PARA OFRECER INFORMACION

Yo, sea este firmado por el paciente, por el representante personal del paciente o por la persona que tiene la custodia legal del paciente, por medio de este testamento autorizo a CMG a revelar en forma oral, por fax, electrónicamente o método escrito, todo o parte de mi información medica como sea necesario para tratamiento o para un propósito de facturación.

NOMBRAMIENTO DE UN BENEFICIARIO DEL SEGURO

Yo, sea este firmado por el paciente, por el representante personal del paciente o por la persona que tiene la custodia legal del paciente, por medio de este testamento le asigno a CMG los derechos de los beneficios del seguro o a alguna asistencia pública por los servicios provistos por CMG en nombre del paciente. En adición yo autorizo a CMG a hacer la reclamación al seguro por todos los servicios prestados por CMG en nombre del paciente.

YO, COMO PACIENTE, REPRESENTANTE DEL PACIENTE O COMO PERSONA QUE TIENE CUSTODIA LEGAL DEL PACIENTE, HE LEIDO Y ENTENDIDO, Y ACEPTO TODOS LOS TERMINOS ARRIBA MENCIONADOS.

POLIZA FINANCIERA

A mi se me ha provisto la copia de la póliza financiera de CMG fechada el día 4-14-2003, y entiendo y acepto todos sus términos.

Nombre de la persona responsable de la cuenta (letra manuscrita)

Firma de la persona responsable de la cuenta

Fecha

ESTE FORMULARIO CONTINUA AL OTRO LADO

RECIBO DE CONOCIMIENTO DEL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Nuestro documento sobre "Aviso de Normas de privacidad" provee información acerca del uso y de la revelación de la información que protege mi salud. Yo tengo el derecho de revisar el documento de "Aviso de Normas de Privacidad", antes de firmar la hoja de consentimiento. CaroMont Health lo alienta a que lea el documento en su totalidad.

Nuestros documentos de "Aviso de Normas de Privacidad" están sujetos a cambios. Usted puede obtener copias del más reciente aviso entrando a nuestro sitio de la Internet www.caromont.org o contactándose con nuestra organización y pidiendo que una copia actualizada sea enviada por correo a su dirección o entregada personalmente.

YO, COMO PACIENTE O COMO EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE, HE RECIBIDO UNA COPIA DEL DOCUMENTO DE CAROMONT HEALTH SOBRE EL "AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD". Si el recibo del consentimiento no es obtenido (ej. Situación de un tratamiento de emergencia) un representante del hospital (testigo) **DEBE** documentar el esfuerzo que este hizo para obtenerlo y la razón por la cual dicho recibo del consentimiento no pudo ser obtenido.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Representante Personal o Custodio Legal: _____ Fecha: _____

FIRMA: _____ TESTIGO: _____

(Firma del Paciente, Representante del Paciente o custodio Legal del Paciente)

DOY FE, DEL ESFUERZO Y DE LA RAZON POR LA CUAL EL RECIBO DE CONOCIMIENTO NO PUEDO SER OBTENIDO (DOCUMENTADO POR CMG)

Esta forma aplica a los servicios proveídos por las siguientes afiliaciones de CaroMont Health: Gaston Health Care, Inc comercialmente conocido como CH; Gaston Memorial Hospital Inc (GMH) y GMH comercialmente conocido como CaroMont Psychiatric Center; Gaston Health Services, Inc. Y Gaston Services comercialmente conocido como CaroMonth Health Services y comercialmente conocido como Courtland Terrace y comercialmente conocido como The Diagnostic Center y comercialmente conocido como CaroMont Specialty Surgery y comercialmente conocido como CaroMont Imaging Services; GMH Home Health Care/Med, Inc. Comercialmente conocido como GMH Home Health Care, Inc.; CaroMont Medical Group, Inc. (CMG) and CMG comercialemnte conocido como CaroMOnt Family Medicine y comercialmente conocido como CaroMont Pediatric Partners y comercialmente conocido como CaroMont Internal Medicine y comercialmente conocido como ID Associates y comercialmente conocido como infusión Solutions y comercialmente conocido como Infectious Disease Associates y comercialmente conocido como Rehabilitative Medicine Osteoporosis Center y comercialmente conocido como Endocrinology Associates y comercialemnte conocido como CaroMont Inpatient Physicians,

AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Si no es firmado por el paciente – Nombre del Custodio Legal: _____

Yo no deseo elegir un representante personal.

Yo autorizo la siguiente persona(s) a ser mi Representante Personal con la total autorización de acceder o autorizar la revisión, dar a conocer y/o copiar mi archivo de historia medica y mi archivo de cuenta.

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

Requiero que mi Representante(s) Personal tenga un Código Personal Si* NO, si contesto si indique el Código _____.

**Si contesta Si, su representante Personal debe de presentar el código para poder tener acceso a su archivo medico y su record de cuenta.*

Yo puedo revocar este pedido por escrito en cualquier momento, excepto en una situación en la cual las condiciones indicadas en esta autorización ya hallan sido puestas en practica.

Paciente o Representante Legal del Paciente Autorizado Fecha

Testigo (se acepta un empleado de CaroMont Medical Group) Fecha