

## **Consentimiento para usar PHI y comunicaciones inalámbricas**

### **Reconocimiento del consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida**

#### **Uso y divulgación de su información médica protegida**

Su información de salud protegida será utilizada por Georgetown Clinics y sus afiliados opuede ser divulgada a otros con fines de tratamiento, obtención de pago o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina.

#### **Aviso de prácticas de privacidad**

Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su Información de salud protegida. Describe sus derechos en lo que respecta al uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, recopilada de usted y creada o recibida por esta oficina.

#### **Solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información**

- Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su Información de salud protegida.
- Esta oficina puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o la divulgación de su Información de salud protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será vinculante con este oficio. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

#### **Aviso de tratamiento en áreas abiertas o comunes**

Describir y notificar las áreas privadas disponibles a pedido

#### **Revocación del consentimiento**

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectado.

#### **GC – Política de Comunicaciones Inalámbricas y Consentimiento**

Política y consentimiento de comunicación inalámbrica: Al proporcionar a Georgetown Clinics un número de teléfono y / o dirección de correo electrónico, usted, o cualquier persona autorizada para actuar en su nombre, está brindando su consentimiento expreso autorizando a Georgetown Clinics, así como a sus agentes, subsidiarias, afiliadas, funcionarios, socios, sucesores en interés y cualquier compañía que actúe en su nombre, a comunicarse con usted a cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que proporcionó o ha proporcionado a Georgetown Clinics en cualquier momento con información relacionados con su cuenta. Al proporcionar a Georgetown Clinics cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico, usted confirma que es el propietario o está autorizado a usar el número de teléfono o la dirección de correo electrónico proporcionados. También confirma que notificará a Georgetown Clinics inmediatamente si ya no posee o ya no está autorizado a usar cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico que proporcione a Georgetown Clinics. Usted permite que Georgetown Clinics se comunique con usted a través de un operador en vivo, sistemas de marcación telefónica automática, mensajes de voz pregrabados y artificiales, mensajes de texto (SMS o MMS) o correo electrónico. Los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que usted autoriza a Georgetown Clinics a usar para contactarlo, incluidos los que proporcione a Georgetown Clinics, y que se comunique con Georgetown Clinics desde, y que sean proporcionados a Georgetown Clinics por alguien que actúe en su nombre, y cualquiera que Georgetown Clinics localice de otras fuentes legales. Usted entiende que es el único responsable del pago de cualquier tarifa de mensajes y cargos de datos asociados con las comunicaciones que reciba o envíe a Georgetown Clinics Al proporcionar a Georgetown Clinics cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico, usted reconoce que ha leído, comprende completamente y cumplirá con esta Política y consentimiento de comunicación inalámbrica.

***Por mi firma a continuación doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de una persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información de Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ # Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino SS#: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Menor de Edad

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos llamar a su trabajo?  Sí  No ¿Podemos dejar un mensaje de voz?  Sí  No

Contacto de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Accidente**

¿Su visita es causa de un accidente?  Sí  No ¿Qué tipo de accidente?  Auto  Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de Accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Reporto el accidente?  Sí  No ¿A quien se reportó? \_\_\_\_\_

Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información Financiera**

¿Tiene seguro medico?  Sí  No Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico a través de su automóvil?  Sí  No Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza del seguro: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si no uno mismo): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**POR FAVOR PROPORCIONE A ESTA OFICINA UNA COPIA DE SU TARJETA DE IDENTIFICACION**

**Consentimiento de Tratamiento y Liberar Información, HIPPA**

Yo certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y yo autorizo, solicitar y asignar mi compañía de seguro o compañía tercera a pagar directamente a esta práctica los beneficios del seguro que me pagarían. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean pagados por el seguro o no. Cargos por pruebas de laboratorio pueden ser enviados directamente por el laboratorio. Por lo presente autorizo al doctor de liberar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento rendido a mí, como vean necesario.

Yo autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluyendo las reclamaciones electrónicas. Si obtengo un abogado, yo ordeno a mi abogado a pagar directamente a esta clínica por los servicios prestados a mí por esta clínica, sus clínicas afiliadas y sus proveedores de atención médica, cualquier dinero recibido de mi seguro y/o una tercera compañía de seguros por los servicios proporcionados a mí.

Estoy en acuerdo en no revocar esta instrucción antes que el pago en su totalidad se ha hecho. También estoy de acuerdo para hacer las mismas instrucciones a cualquier asociado o sucesor abogado que me puede representar en relación con lo mismo.

Me dieron la oportunidad de recibir y revisar la política de notificación de prácticas de privacidad de paciente de la oficina.

**FIRMA del paciente (X):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FIRMA de Padre/Tutor (X):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD**

¿Quién es su médico de atención primaria (médico o práctica)? \_\_\_\_\_

**Para los síntomas posteriores a una conmoción cerebral, utilice: 0 = Sin experiencia en absoluto | 1 = No mas problema | 2 = Un problema leve | 3 = Un problema moderado | 4 = Un problema severo**

	Dolor de Cuello		Dificultad para Respirar		Sensibilidad a la Luz	
	Dolor de Espalda Superior		Perdida de Peso Repentina		Alteracion del Sueno	
	Dolor de Espalda Media		Perdida de Gusto o Olfato		Fatiga	
	Dolor de Espalda Baja		Fiebre		Estar Irritable, Enojarse Facilmente	
	Dolor de Hombro		Dolor Nocturno		Sentirse Deprimido/a o Lloroso/a	
	Dolor de Brazo/Mano		Manos/Pies Frios		Sentirse Frustrado/a o Impaciente	
	Dolor de Pierna/Rodilla		Desmayos/Convulsiones		Olvidadizo/a	
	Dolor de Pie/Tobillo		<b>Sintomas Posteriores a una Conmocion Cerebral</b>		Concentracion Pobre	
	Dolor de Mandibula		Dolor de Cabeza		Tardando Mas en Pensar	
	Dolor de Pecho/Costilla		Mareo		Vision Borrosa	
	Hormigueo y Entumecimiento		Nausea/Vomitos		Vision Doble	
	Alergias		Sensibilidad al Ruido		Inquietud	
	Otros Dolores NO Mencionados Anteriormente? _____					

Verifique para indicar si está experimentando alguna de las siguientes condiciones:

¿Está actualmente bajo medicamentos o atención médica?  Sí  No Sí es así, Por favor explique los tipos de medicamento que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier cirugía y/o hospitalizaciones que ha tenido, tipo y fecha \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier alergias, condiciones médicas pasadas y actuales: \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier suplemento que esté tomando actualmente (hierbas/vitaminas/minerales): \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las siguientes condiciones? (indicar el miembro de la familia incluyendo los padres, abuelos y hermanos)

Cancer \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_  Enfermedad del Corazon \_\_\_\_\_

¿Sus actividades de trabajo implican principalmente?:

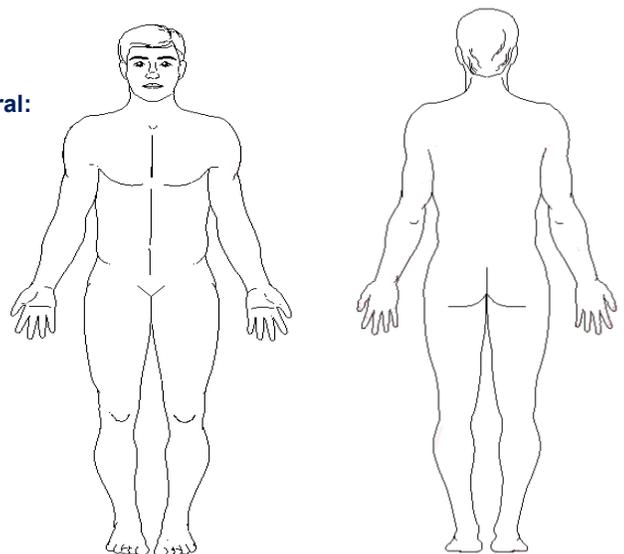
- Estar Sentado  Estar Parado
- Trabajo Lijero  Trabajo Pesado

**Por Favor marque la Severidad y el Tipo de Dolores en la imagen Corporal:**

**Severidad de Dolor:** (1) siendo el menos dolor; y (10) siendo el peor dolo

**Tipos de Dolor:**

A = Apretado	C = Caliente/Quema
L = Leve	H = Hormigueo
D = Dolor	DI = Disparar
F = Fuerte	P = Pulsando
N = Entumecido	
O = Otro (por favor describa)	



Nombre: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

¿El dolor es:  Constante O  Intermitante (Que se va y viene)

¿Está empeorando su dolor?  No  Sí

¿Hay algo que lo empeora? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que lo mejora? \_\_\_\_\_

¿Siente que el dolor dispara?  No  Sí  Brazo Derecho  Brazo Izquierdo  Pierna Derecha  Pierna Izquierda

¿Experimenta dolor en un horario determinado del día? \_\_\_\_\_

¿Interfiere con su:  Trabajo  Dificultad para dormir  Rutina Diaria  Actividades Recreativas

¿Qué actividades disfruta, pero hace mal o no puede hacer por el dolor? \_\_\_\_\_

Movimiento Doloroso(s) al:  Estar sentado  Estar parado  Caminar  Agachar  Al estar acostado

¿Qué ha hecho para calmar el dolor? \_\_\_\_\_

### **CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE DE NUEROLIGIA Y VASCULAR**

1. ¿Padece de dolor de cuello con dolor en los hombros, brazos o manos? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en los hombros, brazos o manos? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

3. ¿Padece de pérdida de fuerza de empuñadura? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

4. ¿Padece de dolor de espalda con dolor en las nalgas, las piernas o los pies? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en espalda, nalgas, las piernas o los pies? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

6. ¿Siente sensación reducida o tiene hinchazón en las piernas o pies? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

7. ¿Sufre de pies o manos frías? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

8. ¿Sufres de dolores de cabeza, mareos, perdida de la memoria o zumbido en los Oídos? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene dificultad para mantener el equilibrio o padece de vértigo? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene dificultad para dormir, levantar objetos o interactuar con otras personas desde su accidente? No Sí

Comentario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el Cuidado Bajo la Manipulación y Mobilización de las Articulaciones**

Dr.: \_\_\_\_\_

Dr.: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y relevo de responsabilidad en la ejecución de manipulación/ mobilización, ejecutar inyecciones, medicación prescrita, hierbas naturales y suplementos, remedios homeopáticos y otros procedimientos incluyendo varias modalidades de fisioterapia, ejercicios rehabilitación y estudios de radiografías en mi persona (o en el paciente cuyo nombre aparece imprimido en la parte inferior de esta hoja, por el cual yo soy responsable) por el/ los doctor/es mencionados arriba y/o otros doctor/es licenciados lo cual en el momento o en el futuro me atenderán mientras estén empleados o asociados como respaldo para el doctor o con el doctor cuyo nombre aparece imprimido en la parte superior de esta hoja, incluyendo aquellos trabajando en la clínica o oficina cuyo nombre aparece en la parte superior de esta hoja. He tenido la oportunidad de comunicarme con el/ los doctor/es cuyo nombre aparecen en la parte superior de esta hoja o con otros miembros de la clínica u oficina para entender el propósito de las manipulaciones/ mobilizaciones óseas y otros procedimientos. Tengo entendido que los resultados no serán garantizados.

Estoy informada y entiendo que al igual que en la práctica de medicina, chiropráctica, y fisioterapia hay algunos riesgos en los tratamientos lo cual incluyen pero no limitando reacciones a los medicamentos, fracturas, y torcedura. No espero que el/los doctor/es se anticipen y que expliquen todos los riesgos y/o complicaciones, y deseo confiar en que el/los doctor/es ejercen su mayor juzgamiento durante los procedimientos los cuales el/los doctor/es sujetan en el momento para mi mayor interés. También entiendo el tratamiento y procedimiento involucra tocar algunas áreas de mi cuerpo; Yo, autorizo este procedimiento. He leído, o me han leído el consentimiento mencionado arriba. También he leído la oportunidad de hacer preguntas de su contenido y firmando abajo acepto los procedimientos mencionados arriba. Espero que este formulario cubra el tiempo de mis tratamientos por la presente condición y por cualquier condición en el futuro por la cual necesitare tratamiento.

El paciente que viene al doctor le da su permiso y autorización de cuidar al paciente en acuerdo con los exámenes apropiados, diagnósticos, y análisis. Los procedimientos clínicos realizados suelen ser beneficiosos y rara vez causan ningún problema. En casos raros subyacentes defectos físicos, deformidades o patologías, pueden hacer que el paciente sea susceptible de sufrir lesiones. El médico no proporcionará la asistencia específica de cuidado de salud, si son conscientes de estos problemas antes del tratamiento. Es responsabilidad del paciente darle a conocer al médico tales problemas.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DERECHOS DEL PLAN DE SALUD ASÍ COMO UNA CITA Y / O DESIGNACIÓN COMO MI REPRESENTANTE PERSONAL Y UN REPRESENTANTE Y BENEFICIARIO DE ERISA / PPACA**

Entiendo y acepto que (independientemente de cualquier seguro de salud o beneficios médicos que posea), soy responsable en última instancia de pagar a Georgetown Clinic, a sus clínicas afiliadas y a sus proveedores de atención médica, así como a todos los empleados, empleadores, representantes y agentes de la misma, ( en lo sucesivo, en lo sucesivo denominado "Proveedor de atención médica"), el saldo adeudado en mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado y por los suministros, pruebas o medicamentos proporcionados.

Por la presente autorizo el pago de, y cedo mis derechos a, cualquier seguro médico o beneficios del plan médico directamente a los proveedores / clínicas de atención médica para todos y cada uno de los servicios médicos / de atención médica, suministros, pruebas, tratamientos y / o medicamentos que han sido o serán prestados o proporcionados; así como designar y apuntar a un Proveedor de atención médica como mi beneficiario en todos los seguros médicos o planes médicos en los que pueda tener beneficios. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier estado de salud, afecciones, síntomas o información de tratamiento contenida en sus registros que sea necesaria para presentar y procesar reclamos de seguros o planes médicos, para presentar apelaciones en reclamos rechazados o parcialmente pagados, para fines legales en cuanto a cualquier reclamaciones no pagadas o parcialmente pagadas, o para buscar cualquier otro recurso necesario en relación con las mismas.

Por la presente, asigno directamente a los Proveedores de atención médica todos los derechos de pago, beneficios y todos los demás derechos legales en virtud de, o de conformidad con, cualquier plan de salud (incluidos, entre otros, cualquier plan / contrato de seguro regido por ERISA, plan de seguro / plan regulado por PPACA ) derechos que yo (o mi hijo, cónyuge o dependiente) pueden tener bajo mi (s) nuestro (s) plan (s) de salud o póliza (s) de seguro de salud aplicables. Por la presente, también nombro y designo que el Proveedor de atención médica puede actuar en mi / nuestro (hijo, esposo, o depende) nombre, como mi / nuestro Representante personal, Representante de ERISA y Representante de PPACA en cualquier determinación de reclamo, para solicitar cualquier reclamo relevante o información del plan al plan de salud correspondiente o Aseguradora, para presentar y presentar apelaciones y / o acciones legales (incluso a mi nombre y en mi nombre) para obtener y / o proteger los beneficios y / o los pagos que se deben (o se han pagado previamente) a cualquiera de los proveedores de atención médica, y / o los miembros de mi familia como resultado de los servicios prestados por el Proveedor de atención médica, y para perseguir todos y cada uno de los recursos a los que tengo derecho / nosotros, incluido el uso de acciones legales contra el plan de salud, la aseguradora o cualquier administrador.

Por la presente también declaro que el Proveedor de atención médica es mi / nuestro beneficiario con respecto a mi / nuestro plan de salud según lo contemplado por ERISA y PPACA, y que el Proveedor de atención médica puede ejercer cualquiera y todos los derechos que yo / nosotros podamos tener bajo la ley estatal y / o federal con respecto a mi / nuestro plan de salud.

Esta asignación, nombramiento y designación permanecerán en vigencia a menos que yo los revoque por escrito. Mi intención es que la fecha de entrada en vigencia de este documento se relacione para incluir todos los servicios, suministros, pruebas, tratamientos o medicamentos que hayan sido proporcionados previamente por el Proveedor de atención médica. Una fotocopia o escaneo o este documento debe considerarse como válido y ejecutable como el original.

Firmó este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE (X):** \_\_\_\_\_

**IMPRINTE NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DE PADRES/TUTOR (X):** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

**MEDICAL RECORDS REQUEST RELEASE AUTHORIZATION FORM**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Account: \_\_\_\_\_

D.O.B: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

I hereby authorize \_\_\_\_\_

(Name of: Hospital, Urgent Care &/or Other Doctor's Office Other than Georgetown Clinics)

to release my records to Georgetown Clinics any of the following information:

Dates From: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

\_\_\_ History & Physical

\_\_\_ Radiology Reports (s)

\_\_\_ Operation Report(s)

\_\_\_ Laboratory Report(s)

\_\_\_ Discharge Summary

\_\_\_ Pathology Report(s)

\_\_\_ Complete Medical Records

\_\_\_ Other, Specify \_\_\_\_\_

**I want this information released in writing, verbally, via fax, audiovisual format to:**

Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

for the purpose of \_\_\_\_\_

I understand and acknowledge that the records I have requested to be released pursuant to this authorization may contain psychiatric, drug, alcohol abuse and/or infectious disease information, which is protected under the laws of the State of Georgia and Federal Regulation (42 CFR part 2). I hereby release \_\_\_\_\_ (facility or physician) from all legal liability that may arise from the release of any information from my medical record pursuant to the Authorization, including, but limited to the release of psychiatric, psychological, alcohol, drug abuse or infectious disease (HIV or AIDS) information protected under state and federal laws. This authorization, except for action already taken, may be revoked by any time. This authorization is valid for 90 days unless otherwise specified.

\_\_\_\_\_  
Patient/Representative's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness's Signature

\_\_\_\_\_  
Date