

INFORMACION DEL PACIENTE					
¿Usted necesita a un interprete?			¿Cual es su lenguaje primario?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Apellido	Nombre	Inicial	Sexo (H or M)	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Dirreccion del paciente		Ciudad	Estado	Zona Postal	
Telefono de casa	Telephono del trabajo	Telephono para mensajes		Estado Civil (S,C,V,D, Sep)	
Nombre del empleador	Direccion del empleador		Ciude, Estado, Zona Postal		Telephono
INFORMACION DEL FLADOR (COMPLETE AQUI SI EL PACIENTE ES UN MENOR O ESTUDIANTE)					
Nombre del padre (apellido, nombre)		Direccion del padre (Si es diferente de la del paciente)			
Nombre del empleador del padre		Direccion del empleador		Ciudad, Estado, Zona Postal	
Numero de seguro social del padre		Fecha de nacimiento		Telefono del trabajo	
Nombre del la madre (apellido, nombre)		Direccion del la madre (Si es diferente de la del paciente)			
Nombre del empleador del madre		Direccion del empleador		Ciudad, Estado, Zona Postal	
Numero de seguro social del madre		Fecha de nacimiento		Telefono del trabajo	
INFORMACION DE ESPOSO(A) O A QUIEN SE PUEDA NOTIFICAR EN UNA EMERGENCION					
Apellido		Nombre	Relacion al paciente	Telefono	
INFORMACION DE ASEGURANZA					
Seguro primario		Numero de poliza	Numero de grupo	Numero de plan	
Nombre de titular de la poliza		Fecha de nacimiento	Numero de seguro social	Empleador	
Seguro secundario		Numero de poliza	Numero de grupo	Numero de plan	
Nombre de titular de la poliza		Fecha de nacimiento	Numero de seguro social	Empleador	
¿TIENE EL PACIENTE OTRO SEGURO MEDICO? SI TIENE, FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION:					
Nombre de compania de seguros		Nombre de titular de la poliza	Numero de poliza		
FAMILIAR MAS CERCANO (QUE NO VIVA CON USTED)					
Nombre del familiar		Direccion	Telefono		
¿Como supo de esta clinica Y favor de <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Television <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Tarjeta Postal <input type="checkbox"/> Compania de seguros <input type="checkbox"/> que periodico, radio o estacion de television <input type="checkbox"/> Otro (flavor de indcar) _____					
Mi firma adjunta autoriza la compania(s) de seguros aqui nombrado(s), pagar todo los servicios medicos dados. Entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los pagos que no estan cubiertos por mi compania de seguros. Autorizo aqui que toda informacion medica sea entrega a la compania de seguros aqui nombrada. Inclusive, mi firma aqui da mi consentimiento para todos los pedimientos medios que se necessiten,, incluyendo tratamiento o servicios de emergencia que pudieron incluir, pero no limitado o, analisis de laboratario, exámenes de rayos-x, tratamiento a procedimientos medicos a quirurgicos anestesia a servicios practicados al paciente bajo los instrucciones gernerales y especiales establecidos por el medico del paciente a la persona designada por to medico					
Firma _____			Si usted no es el paciente, ¿Cual es su relacion? _____		
			Fecha _____		



Arreglo De Tratamiento

Para: _____
 Nombre del Paciente

1. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:** El individuo con firma abajo da su consentimiento para recibir cuidado de salud que incluye procedimientos diagnósticos rutinios, tratamiento médico y dental y otros servicios de salud rendidos al paciente por la Dignity Health Medical Group-Inland Empire, y sus agentes y personal debidamente autorizados.
2. **NINGUNA GARANTIA:** Se da a entender que la práctica de la medicina y la cirugía y el rendimiento de cuidado de salud no pertenecen a una ciencia exacta y que no se han hecho ningunas garantías con relación a los resultados de los tratamientos, exámenes u otros servicios de salud rendidos por la Dignity Health Medical Group-Inland Empire.
3. **DIVULGACION DE INFORMACION:** El individuo con firma abajo está de acuerdo que, hasta el extento que sea necesario para determinar responsabilidad de pago y para obtener reembolso, la Dignity Health Medical Group-Inland Empire puede divulgar porciones de los archivos del paciente incluyendo sus archivos médicos, a cualquier persona o entidad que es a quizás sea responsable por todos o alguna porción de los cobros de la Dignity Health Medical Group-Inland Empire. Se necesita permiso especial para divulgar esta información cuando el paciente está recibiendo tratamiento para el abuso del alcohol y las drogas.
4. **ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SUGRO:** El individuo con firma abajo autoriza, aunque él/ella haya firmado como agente o como paciente, pago directo a la Dignity Health Medical Group-Inland Empire de cualquier beneficios de seguro de otra manera pagables a o de parte de el individuo con firma abjo, por tratamiento y servicios de cuidado de salud rendidos por la Dignity Health Medical Group-Inland Empire a una taza que no excederá los cobros regulares de la Dignity Health Medical Group-Inland Empire. Se concurre que pago a la Dignity Health Medical Group-Inland Empire, en conformidad con esta autorización , por una compañía de seguros descargará dicha compañía de seguros de cualquier y toda obligación bajo una póliza hasta el extento de dicho pago. Se da a entender por el individuo con firma abajo que él/ella es rentisticamente responsable por los cobros no cubiertos por esta asignación en conformidad con el párafo 5 abajo.
5. **ARREGLO RENTISTICO:** Se el paciente no es miembro de la Dignity Health Medical Group-Inland Empire al tiempo que los servicios son rendidos, el individuo con firma abajo concurre, aunque él/ella haya firmado como agente o como paciente, que él/ella, con la presente, individualmente se obliga él mismo/ella misma a pagar la cuenta presentada por la Dignity Health Medical Group-Inland Empire de acuerdo con las tazas y los términos regulares de la Dignity Health Medical Group-Inland Empire. Si por alguna razón la cuenta se refiere a un abogado o a una agencia de colecciones para ser coleccionada, el individuo con firma abajo pagará la cuota acutal del abogado y los gastos de colección. Se le cobrará intereses según la taza legal a toda cuenta delincuente.
6. **CERTIFICACION:** El individuo con firma abajo certifica que él/ella ha leído lo de arriba, ha recibido una copia de esto, y que él es el paciente, el representante legal del paciente o ha sido debidamente autorizado por el paciente para actuar como agente general en la ejecución de este arreglo y para aceptar sus términos.

 Fecha y Hora de la Firma

FIRMA: _____
 Paciente/Padres/Guardian/Conservador//Otro

 Testigo

 Se es alguien además del paciente, indíquese el parentesco

Arreglo de responsabilidad rentistica por una persona además del paciente, o el representante legal del paciente; estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad rentistica por los servicios rendidos al paciente y en aceptar los términos del Arreglo Rentistico y las provisiones de Asignación de Beneficios de Seguro mencionados arriba.

 Fecha y Hora de la Firma

FIRMA: _____
 El Partido Retisticamente Responsable

EL CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION VERBAL O ESCRITA

Los mandatos del Estado de California requieren que informacion medica se puede compartir solo con el Paciente, o con el representante legal de Paciente. De acuerdo con esta ley, cada empleado de Dignity Health Medical Group es requerido firmar una Declaracion de Confidencialidad en una base annual, indicando que ellos mantendran la informacion medical de cada Paciente e confidencialmente estricta.

Adherir a ala Norma de Confidencialidad es dificil cuando miembros de familia (esposo(a), los ninos, los hermanos) preguntas acerca del cuidado medico del Paciente. El personal y/o los medicos no pueden dar informacion medica sin el permiso del Paciente ni el representante legal del Paciente.

Si usted desea dar el permiso para el personal y/o medicos para dar verbalmente information medica general a miembros de familia, escriba el nombre(s) y la relacion de esos individuos en el espacio proporcionado abajo. Conecte por favor una copia de la licencia de conductor o cualquier identificacion de retrato para confirmar la identidad del los individuos nombrados. "Informacion medica general" excluye la discussion de Servicios Psiquiatricos, Consejo de droga y alcohol, la enfermedad sexualmente transmitida, pruebas de HIV, el embarazo , o la terminacion de embarazo.

Si usted no desea dar el permiso para la informacion medica general para ser dado verbalmente a miembros de familia, cheque aqui: _____ .

_____ Nombre	_____ Fecha de Nacimiento	_____ La Relacion
_____ Nombre	_____ Fecha de Nacimiento	_____ La Relacion
_____ Nombre	_____ Fecha de Nacimiento	_____ La Relacion

Autorizo que los individuos mencionados arriba pueden tener acceso a la informacion con respect a mi condicion medica general. Notificare a Dignity Health Medical Group por escrito si deseo agregar o borrar los individuos que pueden tener acceso a mi informacion medica.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente/Padre/Guardian

Testigo



POSICION DIRECTIVA ANTICIPADA

He sido informado de mi derecho de formular una Directiva Anticipada, y yo he sido proporcionado con información con respecto a la ejecución de una Directiva Anticipada (Verifique uno):

He completado previamente una Directiva Anticipada y he proporcionado una copia para la inclusión en mi registro médico.

Proporcionaré una copia de mi ha Directiva Anticipada previamente ejecutada al *Dignity Health Medical Group-Inland Empire* para la inclusión en mi registro médico.

Una copia de mi Directiva Anticipada está en el archivo con _____
El Nombre de la Facilidad o Médico

Yo no he ejecutado una Directiva Anticipada y yo no soy interesado en más información.

Soy interesado a formular una Directiva Anticipada y discutiré mis opciones con mi proveedor primario del cuidado.

 Paciente de Firma

 La Fecha

 El Nombre del Paciente (Por Favor Impresión)

Los Comentarios (incluye los pasos tomados para obtener una copia de Directiva Anticipada):

Una copia de la Directiva Anticipada se ha solicitado.

 Firma del Grupo Representativa

 La Fecha