

**INFORMACION DEL PACIENTE**

|                                  |                         |                            |                                |                     |                         |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------|-------------------------|
| ¿Usted necesita a un interprete? |                         |                            | ¿Cual es su lenguaje primario? |                     |                         |
| SI                               |                         |                            | 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  Periodico  Radio  Television  
 Familiar/Amigo  Tarjeta Postal  Compania de seguros  
 que periodico, radio o estacion de television  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 laboratorio, 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 delinciente.
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 anual, 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 discusion 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: \_\_\_\_\_ .

|                 |                              |                      |
|-----------------|------------------------------|----------------------|
| _____<br>Nombre | _____<br>Fecha de Nacimiento | _____<br>La Relacion |
| _____<br>Nombre | _____<br>Fecha de Nacimiento | _____<br>La Relacion |
| _____<br>Nombre | _____<br>Fecha de Nacimiento | _____<br>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.

|  |                  |
|--|------------------|
| _____<br>Nombre del Paciente               | _____<br>Fecha   |
| _____<br>Firma del Paciente/Padre/Guardian | _____<br>Testigo |



Consentimiento para Vacuna(s)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, por este medio autorizo a Dignity Health Medical Group/IE que administer a mi hijo(a) o a mi las vacunas recomendadas por la Academia Americana de Pediatria, La Academia Americana de Practica Familiar y el Comite del Consejo sobre practicas de las vacunas.

Yo entiendo que al seguir un curso de tiempo para las vacunas, proporcionare la proteccion contra las enfermedades siguientes:

- |             |            |                              |                          |
|-------------|------------|------------------------------|--------------------------|
| Difteria    | Tos Ferina | Hepatitis A                  | Hepatitis B              |
| Varicela    | Sarampion  | Paperas                      | Rubeola                  |
| Polio       | Gripe      | Influenzae                   | HPV Infeccion            |
| Neumococica | Viruela    | Influenzae Haemophilus tip B | Meningococicas Infeccion |

Entiendo que tender que volver en los intervalos senalados para terminar CADA SERIE DE VACUNACION. Entiendo mas aun que los intervalos del tiempo pueden cambiar dependiendo del estado de salud de mi niño(a) o para mi. Entiendo que me daran material educativo proporcionado por el centro para el Control de Enfermedades/infecciones para leer antes de cada administracion de la vacuna. Esta informacion explicara la ventaja y los posibles riesgos de cada vacuna. Me ofreceran la oportunidad de hacer preguntas con respect a la administracion propuesta de la vacuna y de tener preguntas contestada a mi satisfaccion.

Si cualquier condicion imprevista se presenta con el curso indicado arriba aun mas autorizo A Dignity Health Medical Group/IE para hacer lo que sea juzgue conveniente.

Entiendo que puedo rechazar el tratamiento de vacunas en cualquier momento del curso para mi o mis niño(s) y esto no impedira que yo o mis niños recibamos tratamiento medico de Dignity Health Medical Group/IE.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre, Madre, Guardian si es menor de 18

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Testigo(a)