

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de historia clínica (MRN): _____

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA EL TRATAMIENTO (menores de 18 años)

El consentimiento solo puede ser otorgado por el padre/la madre, un tutor legal o un apoderado legal (Power of Attorney, POA). Si ninguna de estas personas está presente, entregue el formulario al personal de OAL.

Por medio del presente, otorgo voluntariamente mi consentimiento para que cualquier médico asociado de Orthopedic Associates of Lancaster (OAL), o su asistente, realice un examen y cualquier procedimiento de diagnóstico, incluidos los procedimientos médicos o quirúrgicos que, a su criterio profesional, sean necesarios o aconsejables para mi atención médica.

_____ Iniciales

INFORMACIÓN Y ACUERDO DEL RESPONSABLE FINANCIERO DE LA FACTURACIÓN

Responsable financiero de la facturación: _____

Fecha de nacimiento del responsable: _____ Parentesco: _____

Dirección de facturación: _____

Acuerdo de facturación: Entiendo que el responsable financiero de la facturación es responsable de pagar los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos, los deducibles y el coseguro que correspondan. Acepto proporcionar información precisa sobre el seguro y la facturación. _____ Iniciales

CONSENTIMIENTO PARA FUTURAS VISITAS (pacientes menores de 18 años)

Esta sección es opcional y solo puede ser completada por el padre/la madre, un tutor legal o un apoderado legal (POA) que acompañe al menor y esté físicamente presente.

☐ El menor podrá asistir a las siguientes visitas de seguimiento acompañado por:

1) _____ Parentesco: _____

2) _____ Parentesco: _____

☐ El menor podrá asistir sin acompañante a las siguientes visitas de seguimiento. _____ Iniciales

CONSENTIMIENTO VERBAL (pacientes menores de 18 años)

Esta sección debe ser completada por el personal de OAL si el padre/la madre, un tutor legal o un apoderado legal no está físicamente presente.

Se obtuvo el consentimiento verbal de:

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: _____ Parentesco: _____

Fecha de nacimiento del padre, la madre o el tutor legal: _____

Consentimiento obtenido por (marque con un círculo): teléfono / correo electrónico / carta

Firma del representante de Servicios al Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA SOBRE GRABACIONES DE AUDIO Y DE VIDEO, Y DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RELATIVAS A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por medio del presente, confirmo que he recibido la Política sobre grabaciones de audio y de video, y el Aviso de prácticas de privacidad de OAL.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha