



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Sección A: Consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Por este medio doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud que me identifica de manera individual, para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esto incluye la asignación de beneficios. Doy mi consentimiento a exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico y proveedores de atención médica, incluidos análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH / SIDA.

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de atención médica que se indican a continuación: *médicos, enfermeros de práctica avanzada, asistentes médicos y personal médico de Omni Family Health*

- Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de las Políticas de Privacidad de este consultorio como se muestra en la sala de espera.
- He recibido una copia y leí el Aviso de las Políticas de Privacidad que está publicado en este consultorio y entiendo su significado.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que este proveedor restrinja la forma cómo se use o divulgue la información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Además, que el proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.
- Entiendo que la ley estatal exige que se informe al departamento de salud sobre ciertos resultados positivos, como la hepatitis y el anticuerpo contra el virus del SIDA.
- Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito salvo en la medida en que el proveedor haya adoptado medidas antes de la revocación.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Indique las restricciones solicitadas

Aprobado/denegado por el proveedor

Descripción específica de la información (incluyendo fechas): _____

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

Nombre impreso del paciente o del representante del paciente: _____ Relación: _____

Sección B: Autorización para compartir información de salud protegida

A fin de divulgar o hablar sobre cualquier información personal de salud con su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado en el expediente, en el cual se autorice a Omni Family Health a compartir información sobre su atención en nuestro consultorio con el miembro de la familia o persona designada. Indique los nombres de las personas que quisiera que participen en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su autorización.

Nombre del paciente: _____ N°. de expediente médico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a Omni Family Health a compartir información relacionada con mi estado de salud con las personas indicadas anteriormente.

Entiendo que esto podría incluir información como: el diagnóstico, el pronóstico, así como los planes de tratamiento, los medicamentos, los resultados de las pruebas, los recordatorios de las citas, la facturación médica, el seguro y cualquier otra información médica pertinente a mi atención.

Rehusó que mi información médica se comparta con mi familia o persona designada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____



De conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente, a los pacientes mayores de 18 años de edad se les debe proporcionar información sobre las Instrucciones médicas anticipadas. El procedimiento que se indica a continuación se usará como medio para poner esta información a disposición de los pacientes de Omni Family Health.

¿Estaría interesado en recibir información sobre las Instrucciones médicas anticipadas? Sí No

Es política de Omni Family Health, NO respetar una solicitud de “No reanimar”, también conocida como Do Not Resuscitate (No resucitar o DNR, por sus siglas en inglés). Los medicamentos o agentes anestésicos tienen el potencial de provocar un paro cardíaco o respiratorio. Omni Family Health (OFH) implementará iniciativas de reanimación en cualquier paciente que experimente un evento potencialmente mortal mientras reciba atención en cualquier centro de Omni Family Health. En caso de que haya una complicación, a usted se le trasladará al hospital y se seguirá la política del hospital sobre las Instrucciones médicas anticipadas. Las preguntas acerca de esta política se pueden dirigir al proveedor que le atiende.

He recibido toda la información que se me proporcionó sobre las Instrucciones médicas anticipadas.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Representante del paciente

Firma del representante



Como nuestro paciente, usted tiene alternativas, derechos, y responsabilidades.

Usted tiene derechos a:

- Ser tratados con dignidad y respeto
- Saber el nombre de las personas que lo atienden
- Tener privacidad y confidencialidad de sus archivos
- Recibir explicaciones
- Recibir educacion y consejos
- Revisar sus archivos medicos con un medico profesional
- Aceptar o rechazar cualquier cuidado o tratamiento
- Obtener la atencion de otros medicos en el hogar medico de atencion primaria, buscar segunda opinion y buscar atencion de especialidad
- Seleccionar el proveedor primario de su opcion para su cuidado medico

Los pacientes de la planificacion familiar tambien tienen derecho a:

- Decidir si quieren tener hijos, no tener hijos y cuando tenerlos
- Conocer la efectividad, posible efectos secundarios y problemas de todos los metodos de control natal
- Participar en escoger un metedor de control natal

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ser honesto acerca de su historia medica
- Estar seguro que usted entiende quien es parte de su equipo medico
- Seguir las instrucciones y el asesoramiento medico
- Respetar los reglamentos de la clinica
- Reportar cambios en su salud
- Cumplir con su cita o cancelar dentro de 24 horas

Si tiene alguna sugerencia, cumplido o queja, háganoslo saber.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES



1 (800) 300-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

SECCION I

Nombre: _____ Fecha: _____
(Primero) (M) (Ultimo)

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del Conyuge: _____

Nombre del Paciente: _____ Relacion del Solicitante con el Paciente: _____

INFORMACION DEL HOGAR SECCION II

Información sobre los ingresos del hogar: enumere a todos los que viven en su hogar (incluido usted). Incluya a cualquier persona de al menos 18 años de edad que resida en el hogar y contribuya a los gastos básicos de vida del hogar (incluido usted). Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención de los hijos, ingresos de pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios de seguridad social, asistencia pública / gubernamental, pensiones y / o ingresos de distribución de IRA u otros ingresos de jubilación, etc. NO incluya -asistencia en efectivo, como cupones de alimentos, subsidio de vivienda u otros subsidios del gobierno. Para ser considerado miembro del hogar, la persona debe figurar a continuación. Los adultos (a excepción de su cónyuge) enumerados a continuación con ingresos cero deben proporcionar la documentación requerida.

Nombre (Primero y Apellido)	Edad	Fuente de Ingresos o Nombre del Empleado	Ingreso Mensual

Incluya documentacion de ingresos para cada ADULTO mencionado anteriormente.

Numero total de adultos (mayors del 18 anos): _____

Ingreso anual bruto total estimado: \$ _____

Numero total de ninos (menores de 18 anos): _____

Numero total de miembros del hogar: _____

Testificado por el personal de OFH: _____



INFORMACION DEL HOGAR SECCION II (continuacion)

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada, y / u omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el programa de descuento de tarifa móvil y me someterán a sanciones bajo las Leyes Federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, estoy de acuerdo en informar a Omni Family Health si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifas móviles bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Omni Family Health. Por la presente, reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Doy mi consentimiento para la divulgación de todos y cada uno de mis registros financieros, incluidos, entre otros: solicitud de escala móvil y documentación de respaldo, información del paciente, información del seguro y cualquier otro tipo de información contenida en mis registros electrónicos de salud y / o dentales que cualquier auditor puede considerar necesario para la revisión, para participar en cualquier programa de asistencia, incluidos, entre otros, la escala móvil de tarifas, los programas de gran financiación y / o los programas de asistencia de farmacia para los que puedo ser elegible.

Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____

Atestiguado por el personal de OFH : _____