

OAK MEDICAL CLINIC

Obstetrics and Gynecology

CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Al firmar este formulario de consentimiento, doy permiso a Oak Medical Clinic para acceder a mis beneficios de farmacia electrónicamente a través de RX HUB. Este consentimiento permitirá a Oak Medical Clinic;

1. Determinar los beneficios de farmacia y el copago de medicamentos para el plan de salud del paciente.
2. Verificar si un medicamento recetado está cubierto (bajo el formulario) bajo el plan del paciente.
3. Mostrar alternativas terapéuticas con el rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de fármacos para los medicamentos.
4. Determinar si el plan de salud del paciente permite la prescripción electrónica a las farmacias de pedidos por correo.
5. Descargar una lista histórica de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le pedimos permiso para obtener información del formulario e información sobre otras prescripciones prescritas por otros proveedores que usan RX HUB.

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN PELVICO

Por la presente consiento el examen de mi área de la pelvis:

Un examen pélvico es un examen de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el tejido u órganos pélvicos externos. Este procedimiento se usa para diagnosticar y / o tratar afecciones que involucran la pelvis. Se puede realizar utilizando cualquier combinación de modalidades, que puede incluir la mano enguantada o la instrumentación del proveedor de atención médica. A los fines de este consentimiento, se incluye la ecografía vaginal.)

Al firmar este consentimiento, _____ autorizo y dirijo

[Escriba el nombre del paciente]

El proveedor de atención médica tratante, el personal médico empleado y / o contratado de Oak Medical Clinic que el médico tratante, que puede estar involucrado en mi atención, considere necesario para realizar un examen pélvico, incluida la ecografía vaginal, como se describió anteriormente. Entiendo que es posible que se necesite un examen pélvico mientras recibo atención médica de Oak Medical Clinic en el futuro, y por la presente estoy de acuerdo y reconozco que este consentimiento por escrito se aplica a todos y cada uno de los exámenes pélvicos realizados hoy o en el futuro por un médico proveedor, empleado o contratado por Oak medical Clinic a menos que revoque este consentimiento por escrito entregando personalmente una copia de la revocación a Oak Medical Clinic. Con mi firma a continuación, reconozco que he leído o leí y entiendo el contenido de este formulario.

Nombre/Firma Fecha

Nombre / Firma del Representante Legal Fecha

Nombre/Firma del Testigo Fecha

Nombre/Firma del Proveedor Fecha

OAK MEDICAL CLINIC

Obstetrics and Gynecology

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento a lo siguiente:

- Administración y ejecución de todos los tratamientos
- Administración de los anestésicos necesarios
- Ejecución de los procedimientos que se consideren necesarios o convenientes en el tratamiento de este paciente
- Uso de medicamentos recetados
- Realización de procedimientos de diagnóstico, pruebas y cultivos
- Realización de otros exámenes de laboratorio médicamente aceptados que pueden considerarse médicamente necesarios o aconsejables basándose en el juicio del médico o sus designados

Comprendo plenamente que este consentimiento se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.

Tengo la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta su revocación por escrito.

Entiendo que Alex Rojas, M.D. LLC puede incluir este consentimiento en las oficinas satélite bajo la propiedad común.

Yo, el abajo firmante, reconozco que Alex Rojas, M.D. LLC utilizará y revelará mi información para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Una fotocopia o escaneo de documentos de este consentimiento se considerará como válida como el original.

PACIENTES MEDICAID/MEDICARE

Autorizo la divulgación de información médica sobre mí a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios por mis reclamos. Asigno los beneficios pagaderos por servicios a Alex Rojas, M.D. LLC.

Reconozco que el Dr. Alex Rojas, M.D. LLC me ha dado el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas, debo contactar al Funcionario de Privacidad.

Iniciales del paciente: _____.

Certifico que he leído y entiendo completamente la declaración anterior y consiento plena y voluntariamente en su contenido.

LIBERACION DE INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo la divulgación de la información médica necesaria para presentar una reclamación a mi compañía de seguros y asignar los beneficios a ALEX ROJAS, M.D. LLC. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí a entregar a mi seguro y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. ALEX ROJAS, M.D. LLC acepta la determinación del cargo de la compañía de seguros como el cargo completo, y soy responsable del deducible, coseguro y servicios no cubiertos. Coseguro y deducible se basan en la determinación del cargo de la compañía de seguros. Si por alguna razón la compañía de seguros no honra su contrato y el pago no es próximo o si la compañía de seguros no paga la reclamación entera, entonces seré responsable del saldo total o restante.

Medicare (Bajo la Sección 1862 (a) (1) de la ley de Medicare), y algunos planes de seguro de salud sólo pagarán por servicios que consideren "razonables y necesarios". Si Medicare determina que un servicio en particular no es razonable o necesario o mi compañía de seguros determina que el servicio no fue autorizado o no está cubierto por mi plan, Medicare o mi compañía de seguros denegarán el pago. El pago entonces será mi responsabilidad.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros, y después de aplicar todo el ajuste aplicable por contrato de seguro.

Nombre/Firma

Fecha

Nombre / Firma del Representante Legal

Fecha

Oak Medical Clinic

Obstetrics and Gynecology

Información de registro del paciente

Información Personal

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____ EMAIL: _____ Idioma: _____

RAZA: BLANCO:___ NEGRO:___ ASIAN:___ OTRO:_____ ETNIA: HIS:___ NO-HIS:___ Me rehúso a informar:___

Doctor Primario:_____ Teléfono:_____ No tengo doctor primario:___

Farmacia (Nombre y dirección): _____ Tel:_____ Fax:_____

Información del Seguro

Seguro Primario: _____ ¿Es esta su única póliza de seguro? Si No

Nombre del titular del seguro: _____ FN: _____

SSN: _____ Relación: Mío Cónyuge Niño Otro

Numero de subscriptor: _____ Numero del grupo: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del titular del seguro: _____ FN: _____

SSN: _____ Relación: Mío Cónyuge Niño Otro

Numero de subscriptor: _____ Numero del grupo: _____

Información del Responsable

Representante legal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Telefono: _____

Relación con el Paciente: Cónyuge Padre/Madre Otro: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Es este contacto de emergencia capaz de recibir información personal para fines de HIPAA? Si No

RAZONES PARA LA CONSULTA: () EXAMEN ANUAL () SANGRAMIENTO ANORMAL () SECRECIÓN
() BULTO EN EL SENO () INFERTILIDAD () DOLOR PELVICO () EMBARAZO () OTRO _____

Firma

Fecha

Nombre / Firma del Representante Legal

Fecha