

								Heterosexual / Heterosexual Desconocido
	Más bien no revelar		Otro _____					
Idioma del asegurado:	Inglés	Español	Chino	Francés	Alemán	Italiano	Lengua de Señas	
	Otro _____							
Estado civil:	Soltero(a)	Casad(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	Separad(a)	Compañer(a) de vida	Desconocido	



RECONOCIMIENTO NARCÓTICO

Yo (Nombre del Impreso) reconozco que se me ha explicado que Genesis Healthcare, Inc. no proporciona manejo del dolor narcótico. Esto incluye el uso de medicamentos narcóticos, así como sustancias controladas suplementarias. Entiendo y acepto que el médico de esa instalación me remitirá a otra clínica para el manejo del dolor.

Firma del paciente/fecha del representante autorizado del paciente _____

Fecha _____

Relación con el paciente si el paciente no puede firmar: _____

CONTESTADOR AUTOMÁTICO/MENSAJES DE CORREO DE VOZ

Puede haber ocasiones en que nuestra oficina no pueda comunicarse con usted por teléfono. Con su permiso, nos gustaría poder dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz del teléfono celular. Para cumplir con las estrictas normas legales, una autorización por escrito nos permitirá dejar un mensaje en su contestador automático. Al firmar a continuación, nos autoriza a dejar mensajes en su contestador automático al número de teléfono que nos ha proporcionado en su registro

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (versión impresa): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente si no puede firmar: _____

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Algunos pacientes prefieren que otras personas, especialmente los miembros de la familia tengan acceso a su información médica. Para cumplir con las estrictas normas legales, se requiere autorización por escrito para permitir que otra persona acceda a sus registros médicos. Esta autorización permite a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación para: Hacer o confirmar citas, tener acceso a radiografías y hallazgos de laboratorio, recoger medicamentos de muestra, estar al tanto de su diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, y mantener contacto de emergencia. Este permiso se aplica a los mensajes telefónicos y contestadores automáticos, así como a otros medios de comunicación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Impresión del paciente: _____

1. Parte designada: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AUTORIZACION

Yo, el abajo firmante, autorizo y doy mi consentimiento para exámenes médicos, radiografías, análisis de sangre, procedimientos de laboratorio, inmunizaciones, inyecciones terapéuticas, procedimientos invasivos o quirúrgicos y otros servicios médicamente apropiados bajo la supervisión general o específica de cualquier miembro del personal médico de Genesis Healthcare, Inc. para el paciente nombrado en este formulario.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención específica pero se otorga para proporcionar autoridad y 98 (n)-56.002 (d)-68.a0.278 rg /TT0 2b992 (b)-6902 (r)-57.996 ()-65 (S1s)-66.002 (u)-61e

