

Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad

Acuso recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, y se me ha dado la oportunidad de revisar dicha Notificación.

X _____	Fecha: _____
---------	--------------

Formulario de autorización y consentimiento para tratamiento médico

Por el presente, yo, o el representante autorizado/tutor legal que actúa en representación del paciente, presto mi consentimiento para recibir servicios médicos de carácter general y relacionados a la práctica de ortopedia, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que el médico, sus asistentes o las personas que éste designe consideren necesario a su entero criterio. Toda inyección suministrada por el Dr. Reina tendrá un costo de \$25.00 cada uno. Esta cantidad se cobrará a todo paciente con todo tipo de plan médico, siempre y cuando el medicamento sea suplido por la oficina del Dr. Reina. También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha dado garantía alguna respecto de los resultados del tratamiento. Todo tratamiento se realizará según el mejor juicio médico.

X _____	Fecha: _____
---------	--------------

Divulgación de información de atención de la salud del paciente

Por el presente, autorizo al Dr. Ricardo J Reina a divulgar información de atención de la salud del paciente, de acuerdo con la política de la clínica, según sea necesario para que los proveedores de atención de la salud puedan facilitar el reembolso por parte de un plan de beneficios de salud, o para que el personal de otra entidad de atención de la salud pueda garantizar la continuidad de la atención actual, lo que incluye, a modo de ejemplo, envío de información por fax, correo o medios electrónicos.

X _____	Fecha: _____
---------	--------------

Autorización para divulgar registros médicos a un familiar

Autorizo a las personas listadas a continuación para recibir todos los resultados de mis visitas al consultorio y de mis análisis de laboratorio, que se analizarán, con respecto a mi información de salud actual.

Autorizo a: _____ _____	X _____ Fecha: _____
-------------------------------	-------------------------