**STEPHEN E. EARLE, MD, PA**

**CERTIFICADO POR LA TABLA DE CIRUGIA ORTOPEDIA; CERTIFICADO POR LA TABLA DE CIRUGIA ESPINAL**

**www.stephenearlemd.com**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRRECION DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO DE CASA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ HOMBRE/MUJER: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, EL PARTIDO RESPONSABLE ES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACION Al PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALGUNA ALERGIA CONOCIDA? FAVOR DE DESCRIBIR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPLEADOR ACTUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿DONDE ES SITUADO SU DOLOR?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SINTOMAS:

TIENE PREOCUPACIONES CORRIENTES DE SALUD? FAVOR DE DESCRIBIR:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿DÓNDE ESTÁ LOCALIZADO SU DOLOR? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿CUÁL ES LA CONDICIÓN POR LA CUAL USTED BUSCA TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PREVIAMENTE HA SIDO TRATADO POR ESTO O ALGUNA CONDICIÓN SIMILAR?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿SI CONTESTO SÍ A LA PREGUNTA PREVIA, CUÁL FUE  EL TRATAMIENTO HECHO? ¿CUÁLES ERAN LOS RESULTADOS DE EL TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPRUEBE SI USTED EXPERIMENTA ALGUNO DE LO SIGUIENTE CON RELACIÓN A SU DOLOR:

\_\_\_ ESCALOFRIOS \_\_\_ DEPRESION \_\_\_ MAREO \_\_\_DESMAYOS \_\_\_ FIEBRE

\_\_\_DOLOR DE CABEZA \_\_\_ ANSIEDAD \_\_\_ INSOMNIA \_\_\_ ENTUMECIMIENTO

\_\_\_ DOLOR DE PECHO \_\_\_ FALTA DE ALIENTO \_\_\_ PRESION BAJA \_\_\_ VISION ENTURBIADA

\_\_\_ DIFICULTAD DE TRAGAR \_\_\_ ALTA PRESION \_\_\_ PERDIDA DE CONTROL VESICULA

\_\_\_ SENSACION DE ARDOR EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIAL:

POR FAVOR COMPRUEBE SI USTED TIENE ALGUNA HISTORIA CON LO SIGUIENTE:

\_\_\_ MARCAPASOS \_\_\_ SIDA \_\_\_ ALCOHOLISMO \_\_\_ ANEMIA \_\_\_ DESORDENES SANGRIENTOS

\_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_ ENFERMEDAD CARDIACA \_\_\_ VIH POSITIVO

\_\_\_ AFECCION HEPATICA \_\_\_ TOMAS \_\_\_ GOLPE \_\_\_ ENFERMEDAD VENEREA

MEDICINAS ACTUALES SIN NECESSIDAD DE RECETA:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIAL FAMILIAR DE CONDICIONES MEDICAS CONOCIDAS:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIAL SOCIAL:

¿EJERCITA? \_\_\_\_ ¿SI ESO ES EL CASO, CON QUE FRECUENCIA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿FUMA? \_\_\_\_\_ ¿SI ESO ES EL CASO, CON QUE FRECUENCIA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿BEBE ALCOHOL? \_\_\_ ¿SI ESO ES EL CASO, CON QUE FRECUENCIA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIRUGIAS:

¿DE QUE, CUANDO, DONDE? 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿HA TENIDO USTED UNA TRANSFUSION DE SANGRE? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿CUANDO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES RECETADOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE MEDICAMENTO** | **MEDICO RECETANDO** | **PARA QUE ES?** | **FECHA DE INICIO** | **DOSIS**  **(MG)** | **DOSIS**  **(FRECUENCIA)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

HASTA MI PUNTO DE CONOCIMIENTO, LAS PÁGINAS ANTERIORES SON COMPLETAS Y CORRECTAS. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A MI DOCTOR, SI YO, O MI HIJO/HIJA MINOR, TIENE ALGUN CAMBIO DE SALUD.

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA RENUNCIA A LA INFORMACION  
Autorico la liberación de cualquier información médica necesaria para esas partes que se consideren apropiadas en relación con mi cuidado.

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO DE EL RECIBO DE NOTIFICACIONES DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
HE RECIBIDO EL AVISO DE ESTA OFICINA Y SUS PRACTICAS DE PRIVACIDAD, QUE EXPLICAN COMO SE UTILIZA Y DIVULGA MI INFORMACION MEDICA. HE SIDO ATENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER LA NOTICCE DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y PREGUNTAR PREGUNTAS.

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACUERDO DE GRABACION   
ACUARDO DE NO REGISTRAR EN DIGITIAL, AUDIO, O CUALQUIER OTRO FORMATO DR. STEPHEN EARLE, MD, O CUALQUIER MIEMBRO DEL PERSONAL DE LA OFICINA SIN CONSENTIMIENTO PREVIO FIRMADO.

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIVULGACION DE RAYOS-X MIENTRAS EMBARAZADA  
ASEGURO QUE NO ESTOY EMABRAZADA EN ESTE MOMENTO Y QUE NI SI QUIERA ES UNA POSIBILIDAD. ENTIENDO QUE ESTA FACILIDAD Y/O SUS EMPLEADOS TOMAN TODAS LAS PRECAUCIONES PARA ASEGURAR DE MI BIEN ESTAR. POR LO TANTO, LIBERO A DR. STEPHEN E. EARLE, MD, PA Y/O Y SU ASISTENTES Y PERSONAL DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A EL EMBARAZO.

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACION DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Entiendo que como parte de mi atención médica, el Dr. Stephen Earle, MD, origina y mantiene registros que pueden incluir mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para la atención o tratamiento futuro, e información pago de las disposiciones de los servicios de salud. Entiendo y autorizo que esta información se utilice para planificar mi atención y tratamiento, para facturar, los servicios que se me proporcionan, para comunicarme con otros proveedores de atención médica y otros operaciones de atención médica, incluyendo: evaluación de la calidad a través de evaluaciones de resultados y desarrollo de directrices clínicas; revisar la competencia de los profesionales de la salud a través de actividades de revisión por pares y credencialización; y la realización de revisiones de fraude y abuso y cumplimiento. Además, entiendo que todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización previa por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, excepto que el Dr. Stephen Earle, MD ya ha tomado medidas en base a este consentimiento. También entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque por escrito.

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA ATENCIÓN MÉDICA-**25 TAC 601.4(A)(1)**

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre su condición y la atención médica recomendada o el procedimiento quirúrgico, y los riesgos relacionados con esta atención/ procedimiento. Esta divulgación está diseñada para proporcionarle esta información para que pueda decidir si desea dar su consentimiento para recibir esta atención/procedimiento. Por favor, pregunte al Dr. Earle y/o a su personal cualquier pregunta restante antes de firmar este formulario.

* Solicito voluntariamente al Dr. Earle que trate mi condición relacionada con mi columna vertebral.
* Entiendo que la atención /procedimientos planeados para mí pueden incluir, pero no limitado a, evaluación quirúrgica, rayos X de flexión-extensión, visitas de seguimiento, cirugía de columna vertebral, etc.
* Entiendo que durante mi cuidado/procedimientos, el Dr. Earle puede descubrir otras condiciones que requieren el cuidado/procedimientos adicional o diferente que al principio planeado
* Autorizo al Dr. Earle a usar su juicio profesional para realizar el cuidado/procedimiento adicional o diferente que crea que es necesario.
* Entiendo que todos los cuidados/procedimientos implican algún riesgo, que va de menor a grave. Estos riesgos incluyen infecciones, coágulos de sangre en venas/pulmones/otros órganos, hemorragia, reacciones alérgicas, mala cicatrización de heridas, y la muerte. Los cambios de estos que ocurren pueden ser diferentes para cada paciente en función de la atención/procedimientos y la salud actual del paciente.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el cuidado/procedimiento descrito anteriormente. Reconozco lo siguiente:

* Entiendo que este cuidado/procedimiento no garantiza un resultado ni cura mi condición
* Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que pueda tener sobre: formas alternativas de tratamiento; riesgos de no tratamiento; pasos que ocurrirán durante mi cuidado/procedimientos; riesgos y peligros involucrados en mi cuidado/procedimientos
* Creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado
* Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado
* He leído este forma o me lo he leído
* Entiendo la información sobre esta forma

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, ASIGNACIÓN DE DERECHOS A PURSUE ERISA Y OTRAS RECLAMACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS ASOCIADAS CON MI SEGURO DE SALUD Y/O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO EL INCUMPLIMIENTO DE LA DUTY FIDUCIARIA) Y LA DESIGNACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por la presente asigno y transmito directamente al proveedor de atención médica mencionado anteriormente, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o reembolso del seguro, si los hubiere, que de otro modo me sean pagaderos por servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada.  Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de cualquier seguro o pago de beneficios aplicable. Por la presente autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, autorizo a mi administrador del plan fiduciario, asegurador y/o abogado a divulgar al proveedor de atención médica mencionado anteriormente todos y cada uno de los documentos del Plan, descripción resumida del beneficio, póliza de seguro y/o información de liquidación solicitud del proveedor de atención médica mencionado anteriormente o sus abogados con el fin de reclamar tales beneficios médicos. Además de la asignación de los beneficios médicos y / o reembolso del seguro anterior, también cedo y / o transmito al proveedor de atención médica mencionado anteriormente o eligió una acción que surja bajo cualquier plan de salud grupal, empleado plan de beneficios, seguro médico o seguro de agravio relacionado con los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos que recibo del proveedor de atención médica mencionado anteriormente (incluyendo cualquier derecho a perseguir reclamaciones administrativas o elegir una acción). Esto constituye una cesión expresa y consciente de las reclamaciones de incumplimiento o de derechos fiduciarios de ERISA y otras reclamaciones legales y/o administrativas. Tengo la intención por esta asignación y designación o representante autorizado para transmitir al proveedor mencionado anteriormente todos mis derechos a reclamar (o poner un gravamen) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos proporcionados por el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, incluyendo los derechos a cualquier acuerdo, seguro o recursos legales o administrativos aplicables (incluyendo daños derivados del incumplimiento de ERISA de reclamos de derechos fiduciarios). El cesionario y/o representante designado (proveedor arriba nombrado) tiene derecho por mí a (1) obtener información sobre las reclamaciones en la misma medida que yo; 2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud, incluyendo la notificación o recepción de un procedimiento de notificación de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y perseguir reclamos o elegir en acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. El proveedor mencionado anteriormente como mi cesionario y mi representante autorizado designado pueden presentar una demanda contra cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con un derivado a expensas del proveedor. A menos que se revoque, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma de atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida, igual que si fuera la original.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO**

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO

Para servir mejor a nuestros pacientes, esta oficina ha establecido una dirección de correo electrónico para algunas formas de comunicación. Para asuntos rutinarios que no requieren respuesta inmediata, no dude en ponerse en contacto con nosotros en christiana-drstephenearle.com Recuerde sin embargo, que esta forma de comunicación no es apropiada para su uso en una emergencia. El tiempo de respuesta para las El proveedor de servicios puede retrasar la entrega de mensajes. Si necesita atención urgente o inmediata, este medio no es apropiado. Al enviar correo electrónico, por favor ponga el asunto de su mensaje en la línea de asunto para que podamos procesarlo de manera más eficiente. Además, asegúrese de poner su nombre y devolver el número de teléfono en el cuerpo del mensaje. También le pedimos que confirme la recepción de correos electrónicos procedentes de esta oficina mediante la función de respuesta automática comunicaciones rutinarias de los pacientes es de veinticuatro (24) horas hábiles. Las comunicaciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento se rellenarán en su expediente médico. La comunicación por correo electrónico se utiliza mejor para programar, recordatorios de citas, preguntas de seguro, preguntas de facturación, preguntas de autorización e instrucción escrita del paciente. Las preguntas o consultas a la atención médica y el tratamiento, así como las recargas de recetas deben ser manejadas a través de nuestro sistema telefónico poniéndose en contacto con (210) 872-6572. Esta oficina está dedicada a mantener la confidencialidad de su información de registro médico. A pesar de nuestros mejores esfuerzos, debido a la naturaleza del correo electrónico, terceros pueden tener acceso a los mensajes. Al comunicarse desde el trabajo, debe tener en cuenta que algunas empresas consideran la propiedad corporativa por correo electrónico y sus mensajes pueden ser monitoreados. Incluso cuando se envía un correo electrónico desde casa, puede sentir que el acceso a su correo electrónico no está bien controlado, por lo que debe tener lo en cuenta. Además, debe tener en cuenta que, aunque se dirija a mí, mi personal y/o colegas tendrían acceso a esta información.

**Entiendo que esta oficina no será responsable de la pérdida de información o retraso o violaciones de la confidencialidad que se deban a factores técnicos fuera del control de esta oficina. Entiendo y acepto la política de correo electrónico anterior. Al firmar a continuación, usted acepta que podemos enviar nos por correo electrónico la correspondencia de registros médicos y que podemos responder a sus correos electrónicos por correo electrónico.**

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVISO PRETENDIENDO A QUEJAS O PREOCUPACIONES**

Quejas o preocupaciones en referencia a doctores o otros participantes licensiados y registrados con el Panel Estatal de Tejas de Medicos, incluyendo asistentes y accupunturistas, pueden ser reportados para investigacion a la dirrecion siguiente:

Texas State Board of Medical Examiners Attention: Investigations

333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610

P.O. Box 2018, MC-263 Austin, Texas 78768-2018

Assistencia reportando una queja puede ser entrada llamando el numero siguiente: 1-800-201-9353