****

**Fecha:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Informacíon del Paciente**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirrección de Correo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domecílio Físico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono Móbil: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podemos dejar un mensaje de voz: Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

**Podemos mandar un mensaje de texto: Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

**Podemos enviar un correo electrónico: Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ocupación:­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contacto de Emergencia:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefóno: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Actualmente, usted tiene:**

**1) Seguro Médico: Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

**2) Medicare o Medicaid: Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\*En caso de “Sí,” por favor firme un acuerdo de reembolso**

**\*Alergias:**

**Tiene alguna Alergia? Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor, enliste sus alergias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente/Guardián: X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nomdre del Paciente/Guardián :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA POLIZA DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN AL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Al firmar éste documento, yo acepto que he recibido una copia de la Poliza de Privacidad por parte de Island Health & Wellness Center y autorizo a Island Health & Wellness Center a usar y divulgar mi información de salud protegida con el objectivo de ser utilizado en tratamientos, pagos y operaciones pertinentes a la salud, como ya fue descripto en la Poliza de Privacidad.

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

(Firma del Paciente o Guardián) (Fecha)

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

(Nombre del Paciente o Guardián) (Relación con el paciente)

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO**

Solicito y autorizo servicios de atención médica por parte de mi proveedor y su designado, en Island Health & Wellness Center, según lo que mi proveedor considere aconsejable y para mi beneficio. Incluyendo diagnósticos de rutina, prescripción y administración de medicamentos y procedimientos de laboratorio. Comprendo y acepto que tengo el derecho de rechazar cualquiero de estos servicios y/o tratamientos, aún en contra de la recomendación profesional médica.

Comprendo y acepto que, excluyendo emergencias o circunstancias extraordinarias, ningún procedimiento substancil será llevado a cabo sin antes haberme dado la oportunidad de aceptar o rechazar dicho procedimiento.

Consentimiento informado significa que el proveedor médico debe comunicarme la información pertinente, incluyendo beneficios esperados o riesgos posibles de un procedimiento y/o tratamiento en particular.

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

(Firma del Paciente o Guardián) (Fecha)

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

(Nombre del Paciente o Guardián) (Relación con el paciente)