



CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIA

Instalaciones: _____

Paciente: _____

Fecha: _____

Medico: _____

En relación con la atención medica que estoy recibiendo a través de este centro, doy mi consentimiento para que se tomen fotografías fijas o digitales de las áreas de heridas en mi cuerpo, bajo las siguientes condiciones: con el propósito de documentación médica, educación, conocimiento, investigación, de publicidad en los medios que Advantage Surgical Wound Care considere adecuada.

Entiendo que ni yo/el paciente ni los miembros de mi familia/del paciente seremos identificado por mi nombre en relación con cualquier uso publico de este material, ni ningún otro material de identificación se conectara a estas fotografías que podría interpretarse como una violación de mi privacidad.

Otorgo este consentimiento como una contribución voluntaria y renuncia a todas y cada uno de los derechos que yo/el paciente pueda tener a regalías u otra compensación en relación con dicho uso. Confirmo que he leído y entiendo completamente lo anterior antes de firmar.

Las fotografías serán tomadas por un miembro del personal de enfermería de _____ (institución/agencia), o por un fotógrafo designado. No acepto ninguna compensación, ni otra remuneración por el uso de las fotografías que he autorizado.

Firmado: _____

Fecha: _____

O firmante autorizado: _____

Fecha: _____

Razón por la que el paciente no puede firmar: _____

Testigo:

*Si el sujeto es menor de edad, se debe obtener el consentimiento de los padres

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Nombre del médico impreso: _____

720 N. Tustin Ave., Ste. 100
Santa Ana, CA 92705
Telefono: (714) 973-8777 Fax: (714) 973-8776

HERIDA DEL CONDADO DE ORANGE E HIPERBARCIA
GRUPO MEDICO ASOCIADOS DE MEDICOS BAROMEDICOS

720 N. Tustin Ave. Ste. 100

Santa Ana, California 92705

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEFUNDO NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ APT#: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ NUMERO DE SEGURO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO MOVIL: _____

EMAIL: _____

IDIOMA: _____ ETNICIDAD (opcional): _____

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____ GENERO: M/F/OTRO ESTADO CIVIL: SMDW

CONYUGE: _____ TELEFONO #: _____

NOMBRE DEL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA: _____

TELEFONO#: _____ # DE FAX: _____

MEDICO REFERENTE: (si es diferente): _____

TELEFONO: _____

AGENCIA DE SALUD EN EL HOGAR DE REFERENCIA (si corresponde): _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

Contacto de Emergencia:

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____

TELEFONO DE CASA/TRABAJO: _____ TELEFONO CELULUAR: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

De acuerdo con HIPAA, (LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE SEGURO MEDICO), esta,os requerido a instituir garantías de confidencialidad específicas con respecto a: su información personal de salud. Al firmar a continuación, autoriza y reconoce que la persona mencionada anteriormente puede recibir PHI.



¡BIENVENIDO AL CUIDADO DE HERIDAS DEL CONDADO DE ORANGE!

Estimado paciente,

Nos complace que haya elegido depositar se confianza en nosotros para su ciudad especializado de heridas.

Se le asignara un clínico primario de atención de heridas en el momento de su visita inicial con nosotros. Continuara viendo a este clínico cada semana hasta que su herida haya sanado y sea dado de alta de nuestro cuidado.

El nombre de su clínico primario de cuidad de heridas es: _____

Muchos de nuestros pacientes requieren una o dos visitas adicionales por semana para revisar la herida y/o cambiar el vendaje. Tenga en cuenta que es probable que un clínico diferente revise su herida en sus visitas de cambio de vendaje, y esto solo será un control muy rápido para detectar cambios agudos o infecciones. Siempre regresará semanalmente a ver a su clínico primario de atención de heridas, ya que el/ella estará dirigiendo y coordinado su atención.

Cuando programe visitas de seguimiento, recuerde programar siempre con:

_____ para discutir cualquier relacionada a los problemas o sus preocupaciones.

Está en buenas manos. ¡Los mejores deseos para una pronta curación!

Sinceramente,

Los médicos y el personal de Heridas e Hiperbárico de Condado de Orange

720 N. Tustin Ave., Ste. 100
Santa Ana, CA 92705
Telefono: (714) 973-8777 Fax: (714) 973-8776

Tarjetas de seguro: Proporcione una copia actual de sus tarjetas de seguro, DL o identificación con foto

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Es mi responsabilidad mantener a Orange County Wound and Hyperbaric, también conocido como Baromedical Physicians Associates Medical Group, al tanto de cualquier cambio o modificación en mi cobertura de seguro. Entiendo y acepto que (independientemente del estado de seguro), soy responsable en ultima instancia por el saldo total de mi cuenta por los servicios profesionales que recibo. También exigimos que los cargos por copagos, deducibles y suministros se paguen el día del servicio. Se le facturara directamente cuando cualquier parte del pago por los servicios que ha recibido se niegue o no se reciba dentro de los 120 días posteriores a la presentación de la factura a su compañía de seguros. _____
inicial

CONSTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Este consentimiento autoriza al medico o asociado medico a administrar, recetar medicamentos, brindar tratamiento médico, realizar procedimientos quirúrgicos y documentar el tratamiento con fotografías, videos, según sea necesario _____
inicial

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo el pago directamente a Orange County Wound and Hyperbaric/Baromedical Ohysician Associates Medical Group, Inc. el seguro y/o los beneficios de Medicare a los que tengo derecho. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta asignación. _____
inicial

CITAS PERDIDAS Y CANCELADAS: Entiendo y acepto que se me puede cobrar (\$25) por las citas perdidas o las citas canceladas con menos de 24 horas de notificación a nuestra oficina. _____
inicial

FORMULARIOS: Habrá un cargo adicional de \$25 por cualquier formulario (cartel de discapacidad, discapacidad, etc.) completado por el MD/PA/NP. _____
inicial

SUMUNUSTROS: Podemos recomendar suministros que pueden ser útiles para mejorar su condición, Cuando estos suministros estén cubiertos por su seguro, le enviaremos la documentación necesaria. Sin embargo, en los casos en que su seguro no cubra los suministros, nuestra oficina puede proporcionarle los suministros a un costo razonable y/o brindarle información solo donde se compra estos suministros. La elección de comprar estos artículos es suya. _____
inicial

CARGO PRO-FONDOS INSUFICIENTES: Se cobrará un cargo adicional de \$25 por cualquier cheque que se devuelva a OCWH a los fondos insuficientes. _____
inicial

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

FIRMA: _____

Fecha: _____

CONDADO DE ORANGE HERIDA Y HIPERBARICA
GRUPO MEDICO ASOCIADOS DE MEDICOS BAROMEDICOS

720 N. Tustin Ave., Ste 100

Santa Ana, CA 92705

Telefono: (714) 973-8777 Fax: (714) 973-8778

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo el firmante, por la presente autorizo voluntariamente y dirijo el/los _____ para proporcionar de mi registros de la información especificada a continuación para:

Herida del condado de Orange e Hiperbarica

Grupo medico de asociados médicos de Baromedical

720 N. tustin Ave #100

Santa Ana CA 92705

(714) 973 8777 Fax: (714) 973 8778

La divulgación de registros autorizados si se requiere para los siguientes propósitos:

-Atención medica adicional

-Determinación de discapacidad

-Seguro

-Abogado

-Otro:

Entiendo que esta información medica no se puede usar o divulgar mas a menos que se obtenga otra autorización de mí, a menos que dicha divulgación es requerida o permitida específicamente por la ley. Se considerará una fotografía, fax, o copia electrónica de esta autorización tan efectivo y valido como el original. Este documento es valido por 12 meses a partir de la fecha de la firma.

Artículos solicitados DOS: _____

-Todos los registros

-H&P

-Informes de radiología

-MRJ/TC

- Ultrasonido estudios asculares

Firma (Paciente, Padre, Tutor, o Curador): _____

Fecha: _____

720 N. Tustin Ave., Ste. 100

Santa Ana, CA 92705

Telefono: (714) 973-8777 Fax: (714) 973-8776

Dolor de garganta	Sí	No		
Endocrino			Respiratoria	
Corazón/Intolerancia al frío	Sí	No	Tos	Si No
Sed excesiva	Sí	No	Dificultad para respirar	Sí No
Excesivo Micción	Sí	No	Insomnia	Sí No

Social				
Tabaco	Sí	No	En caso afirmativo, cuánto: _____	
Bebedor de alcohol	Sí	No	En caso afirmativo, cuánto: _____	