



## REGISTRO AMBULATORIO

Por Favor Imprimir

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
                    Primero                      Iniciales                      Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Soltero Casado Viudo Divorciado

Paciente Empleado Por: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

A quien debemos agradecer por recomendarlo? \_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia a quien debemos notificar? \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA / SUBJETIVA INFORMACIÓN  
Servicios De Paciente Externo

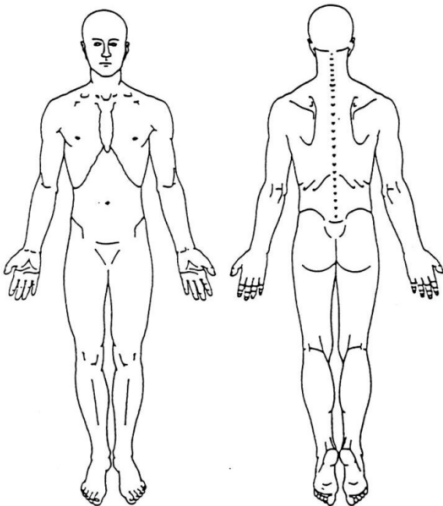
Su Nombre :				Fecha de Hoy:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Altura:	Peso:	Usted Fuma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Si es mujer, ¿estás embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (si es SI, <input type="checkbox"/> 1 <sup>ro</sup> Trimestre <input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup> Trimestre <input type="checkbox"/> 3 <sup>ro</sup> Trimestre)			

**¿Han diagnosticado con lo siguiente?**

Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cancer	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Derrame	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Condición Cardíaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	Epilepsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Problema Respiratorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Otro: _____			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		

**Cuantanos:**

- ¿Cuando noto por primera vez el dolor o tiene problemas debido a la condición de lesión? (Fecha Específica) \_\_\_\_\_
- ¿Has experimentado alguna reactivación reciente?  No  Si Si es SI, Cuando? (Fecha Específica) \_\_\_\_\_
- ¿Que actividades son limitados debido a esta condición? (es decir: alcanzar, levantar) \_\_\_\_\_
- ¿Cuando y como su lesión y los síntomas se presentaron?  
 Recreativo  Hogar  Trabajo  Accidente de Auto  Desconocido  Otro
- ¿Ha tenido una caída en los últimos 3 meses?  No  Si
- ¿Te sientes que pierdes equilibrio a menudo?  No  Si
- ¿Que espera lograr con la Terapia Física? \_\_\_\_\_
- Por esta lesión, la atención médica ha incluido (marque todas las que aplican y responder a preguntas relacionadas con):
  - Cirugía: Cuando (Fecha Específica): \_\_\_\_\_ Que tipo? \_\_\_\_\_
  - Inyección: Cuando (Fecha Específica): \_\_\_\_\_ Le ayudo?  No  Si
  - Terapia Física: Cuando \_\_\_\_\_ donde \_\_\_\_\_ Lo que se hizo? \_\_\_\_\_
  - Quiropráctico: Cuando \_\_\_\_\_ donde \_\_\_\_\_ Lo que se hizo? \_\_\_\_\_
  - Medicamento (s): \_\_\_\_\_
  - Representación Diagnostica:  Radiografía  MRI  CT Scan  Otro: \_\_\_\_\_
  - Ejercicio: Que Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Tuviste algún problema?  No  Si, explicar \_\_\_\_\_



**En el diagrama del cuerpo a la izquierda, por favor indique donde se encuentran sus síntomas en el momento actual.** Utilice los siguientes símbolos para representar donde siente dolor o entumecimiento. Por favor no indican las zonas de dolor que no están relacionadas con su lesión o condición presente.

● = Dolor

/// = Entumecimiento

**Por favor responda las siguientes preguntas sobre sus síntomas:**

- Son sus síntomas:  Constante  Intermitente
- Están poniendo:  Mejor  Peor  Están Igual
- ¿Qué hace sus síntomas mejor? \_\_\_\_\_
- Indicé tu dolor utilizando una escala de dolor (0=No Dolor; 10=Dolor Extremo):  
Peor Calificación de Dolor: \_\_\_\_\_ Mejor Calificación de Dolor: \_\_\_\_\_



**LISTA RESUMIDA DE PACIENTES**  
*Servicios Para Paciente Ambulatorios*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tiene **Diabetes**? [ ] Si [ ] No En caso afirmativo, ha sido hospitalizado o admitido a la sala de emergencias en los últimos seis meses debido a niveles altos o bajos de azúcar en la sangre? [ ] Si [ ] No

**Diagnóstico y Condiciones** Conocidas:

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

**Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos** Importantes:

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

Reacciones **Alérgicas a los Medicamentos**:

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

**Medicamentos:**

Nombre de Medicamento(s)	Dosis	Frecuencia	Corriente (✓)	Fecha Comenso	Fecha Discontinuo

Historia de bacteria resistente: [ ] Si [ ] No En caso afirmativo, notifique a la enfermera de control de infecciones.

Updated by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_



## Normas para inasistencia y llegadas tarde a citas

Aquí el Centro de Pacientes Externos de Casa Colina, cada paciente es importante y por esta razón *pedimos que los pacientes hagan lo posible para asistir a todas las citas programadas*. Sabemos que ocasionalmente es necesario cancelar una cita y pedimos que todas las cancelaciones se hagan por lo menos 24 horas antes de la cita.

**Citas que se han cancelado o a las que no se ha asistido:** Se cobrará \$10.00 al cancelar entre las 24 horas o no asistir a su cita. Al continuar de no asistir o cancelar citas, podemos quitar sus citas futuras del candelario y necesitará volver a ver a su médico antes de que pueda concertar mas citas. También es posible que necesite una nueva receta para servicios.

\_\_\_\_\_

Iniciales

En algunos casos se le cobrará un cargo por las citas a las que no asistido, independientemente del aviso de cancelación.

**Llegadas tarde:** Si llega tarde a una sesión de terapia, se hará todo lo posible para atenderlo. Sin embargo, se puede volver a programar la cita para la próxima fecha disponible que tenga el terapeuta. Si llega 15 minutos tarde o más a una cita de terapia de 30 ó 45 minutos, o 30 minutos tarde a una cita de terapia de 60 minutos, se le dará la opción de que pague el copago que corresponda y use el tiempo de tratamiento que le quede o de que haga otra cita.

***Gracias por elegir al Centro de Pacientes Externos de Casa Colina. Apreciamos su comprensión y cooperación para lograr nuestro mutuo objetivo de maximizar los beneficios de su terapia de paciente externo.***

*Outpatient Operations*

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Representante

\_\_\_\_\_

Fecha



# **HOSPITAL Y CENTROS DE SALUD CASA COLINA CONDICIONES DE ADMISIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

**A los efectos de este documento, el término "paciente" o "yo" significa el paciente, el representante legal del paciente (ejemplo, padre, tutor, guardián, carta poder duradera para atención médica) o clientes residenciales del Hospital y Centros de Salud Casa Colina (en adelante, Casa Colina).**

## **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, DE TERAPIA Y QUIRÚRGICOS**

Doy mi consentimiento a los procedimientos que pueden ser realizados durante esta hospitalización o mientras esté ambulatorio. Estos pueden incluir, pero no están limitados a tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, médicos, de terapia, o tratamiento o procedimientos quirúrgicos, servicios de telemedicina, anestesia, o servicios que se me brinden bajo instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica de medicina, terapias y cirugía no son una ciencia exacta y el diagnóstico, tratamiento y terapias pueden involucrar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han hecho garantías con respecto al resultado de un examen, tratamiento o terapia en este hospital.

## **SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Casa Colina sólo ofrece servicio de enfermería general y cuidado ordenado por el/los médico(s). Si quiero un servicio de enfermera privado, estoy de acuerdo en hacer tales arreglos. Casa Colina es no responsable por el incumplimiento de proporcionar una enfermera privada y por este medio se le exime de cualquier y toda responsabilidad que surja por el hecho de que Casa Colina no proporciona este cuidado adicional.

## **RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS**

Todos los médicos y cirujanos que me proporcionan servicios, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo y otros, han sido otorgados el privilegio para usar Casa Colina para el cuidado y

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

tratamiento de pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes de Casa Colina. Ellos son médicos independientes. Estos médicos facturarán sus servicios por separado.

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi médico tratante. Casa Colina y su personal de enfermería, de terapia y otro personal médico son responsables de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario para tratamiento médico, de procedimiento, o quirúrgico, procedimientos especiales diagnóstico o terapéutico, o servicios provistos a mí por las instrucciones generales y especiales de mi médico.

### **PERTENENCIAS PERSONALES**

Como un paciente, se me exhorta a dejar artículos personales en casa. Casa Colina mantiene una caja fuerte a prueba de fuego para guardar dinero y objetos de valor y no es responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joyas, documentos, anteojos, dentaduras, audífonos, teléfonos celulares, computadores portátiles, otros dispositivos electrónicos personales, u otros artículos que no estén en la caja fuerte. La responsabilidad de Casa Colina por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada bajo la custodia de Casa Colina está limitada por ley a quinientos dólares (\$500) a menos que reciba de Casa Colina un recibo por escrito por una cantidad mayor cantidad.

### **PACIENTES LLAMANDO AL SISTEMA DE ASISTENCIA**

Para seguridad del paciente, algunas de las unidades para pacientes de Casa Colina tienen sistemas de circuito cerrado audiovisuales que permiten al paciente y a la persona en la estación de enfermería respondiendo a la llamada que se vean en una pantalla audiovisual durante su interacción. Se trata de un sistema interactivo en tiempo real que no almacena esas interacciones. El suscrito reconoce el derecho de Casa Colina para comunicarse entre la estación de enfermería y la habitación del paciente a través de estos sistemas.

### **ACUERDO FINANCIERO**

Estoy de acuerdo a pagar inmediatamente todas las cuentas de hospital de acuerdo con los precios mencionados en la lista de precios por servicios de Casa Colina y, si aplicable, al programa de asistencia caritativa y políticas de pago con descuento de Casa Colina y de la ley estatal y federal. Entiendo que puedo revisar la lista de precios por servicios de Casa Colina antes (o después) de recibir servicios de Casa Colina. Entiendo que todos médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, anesthesiólogo, y otros, cobrarán sus servicios por separado. Si cualquier cuenta es referida a un abogado o agencia de cobro para colección, pagaré los honorarios de abogados

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

correspondientes y los gastos por colección. Todas las cuentas morosas generan intereses a la tasa legal, a menos que sea prohibido por la ley.

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

### **ASIGNACIÓN DE TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS**

El suscrito autoriza, ya sea que él o ella firme como un agente o como el paciente, la asignación y transferencia a Casa Colina de todos derechos, beneficios, y cualesquiera otros intereses en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficio de salud, u otra fuente de pago para mí cuidado. Esta asignación incluirá asignar y autorizar el pago directo a Casa Colina de todos los beneficios del seguro y plan pagaderos para esta hospitalización o para estos servicios ambulatorios. El suscrito conviene que el pago del asegurador o plan a Casa Colina conforme a esta autorización cumplirán sus obligaciones al grado de tal pago. El suscrito entiende que es responsable financieramente por los cargos no pagados según esta asignación, en la medida en que lo permita la ley estatal y federal. El suscrito conviene a cooperar con, y tomar todos pasos razonablemente solicitados por, este hospital para perfeccionar, confirmar, o validar esta asignación.

### **CONTRATOS DE PLANES DE SALUD**

Casa Colina mantiene una lista de planes de salud con quienes tienen contratos. Una lista de tales planes está disponible a solicitud en la Oficina de Admisiones para Hospitalización, en el área de registro de pacientes ambulatorios, o en el sitio web de Casa Colina en [casacolina.org](http://casacolina.org). Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, anesthesiólogo, y otros, cobrarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si Casa Colina o los médicos proporcionándome servicios participan en mi plan de salud. El suscrito acepta que él o ella está obligado individualmente a pagar los cargos completos de todos los servicios prestados al paciente por Casa Colina si el paciente pertenece a un plan que no aparece en la lista antes mencionada.

### **ASISTENCIA FINANCIERA**

Si usted no tiene cobertura de seguro, usted PUEDE calificar para asistencia financiera. Casa Colina tiene un programa para ayudar a los pacientes sin seguro y de bajos ingresos con asistencia de descuento o caritativa para los servicios de Casa Colina. Casa Colina también podrá acordar ayudarle a establecer planes de pago a aquellas personas que necesitan este tipo de asistencia. Para obtener más información sobre su elegibilidad para ayuda financiera o para establecer un plan de pago, por favor pida ayuda al personal del Departamento de Admisiones o de Registro, o llame al Director de Contabilidad del Paciente en (909) 596-7733 Ext. 2166 o Ext. 3254 para asistencia.

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

### **LISTA DE PRECIO POR SERVICIOS**

Para proporcionarle a usted información que necesita para tomar decisiones de atención médicas, Casa Colina pone a su disposición información de la Lista de Precios por Servicios. La Lista de Precio por Servicios es una lista completa de todos los servicios, suministros y procedimientos ofrecidos en Casa Colina junto con sus cargos correspondientes. Esta es la lista principal usada para crear la cuenta del paciente. Nuestra Lista de Precio por Servicios está disponible para su revisión en nuestro Departamento de Servicios Financieros del Paciente previa cita. Un estimado de sus cuentas está disponible a solicitud. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros del Paciente en (909) 596-7733, ext. 2166 ó 3254 para asistencia.

### **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR**

Por la presente consiento a ser fotografiado mientras reciba tratamiento en Casa Colina. El término **"fotografía"** como se usa en este documento, incluye video o fotografía, en formato digital o cualquier otro, y de cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Entiendo que las imágenes de dicha fotografía pueden usarse para mi diagnóstico, tratamiento o terapia, o para operaciones de atención médica de Casa Colina tales como programas de capacitación y educación, evaluación de sus pares o educación médica, según mi médico tratante u otro personal clínico estime pertinente.

La fotografía para otros propósitos tales como investigación, publicación, fuera del sistema de educación, marketing, relaciones públicas, o noticias o documental requiere que se obtenga un formulario de consentimiento adicional.

### **PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN**

A menos que se le notifique por escrito a Casa Colina lo contrario, como parte del programa de educación de salud de esta institución, residentes y estudiantes asociados a programas afiliados aprobados pueden observar o participar en la atención al paciente o en actividades que apoyen la atención del paciente. Estas personas pueden estar presentes durante los tratamientos y procedimientos y pueden realizar servicios limitados bajo la supervisión de los médicos de Casa Colina u otras personas calificadas para la supervisión de sus actividades.

### **SOLAMENTE PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE**

Se me ha proporcionado una copia del "Mensaje Importante de Medicare" y he completado o proporcionado información para la opción secundaria de Medicare.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:



Solamente para Pacientes en Rehabilitación: Se me ha proporcionado una copia del "Resumen de Recolección de Datos e Información para Pacientes en Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados" y la "Declaración de la Ley de Privacidad – Expedientes Médicos".

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

### **MANUAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA**

Se me ha proporcionado una copia del Manual del Paciente y la Familia. Entiendo que este libro contiene información importante, incluyendo, pero no limitado a, los derechos y responsabilidades del paciente, declaraciones de voluntad anticipada y políticas importantes de Casa Colina. Entiendo que es mi responsabilidad revisar esta información.

### **DERECHOS DEL PACIENTE CON RESPECTO A VISITAS**

Se me ha proporcionado un folleto sobre los derechos del paciente para visitas.

### **AVISO SOBRE LA AUSENCIA DE COBERTURA DE UN MEDICO INTERNO LAS 24 HORAS**

De acuerdo con 42. C.F.R. Sección 489.20(w), esta notificación sirve para informarle a los pacientes ingresados a los servicios de hospitalización del Hospital Casa Colina, que no se proporciona la cobertura de médico interno las 24 horas. Casa Colina ha establecido un Equipo de Respuesta Rápida cuyo objetivo es mejorar los resultados de pacientes hospitalizados al proporcionar un medio para la intervención rápida y oportuna de un paciente con cambios de estado crítico. El Equipo de Respuesta Rápida es un grupo de médicos que aportarán conocimientos de cuidados críticos al paciente que está experimentando cambios de estado crítico. El equipo consiste en una Enfermera Titulada entrenada en ACLS, Terapeuta Respiratorio Registrado entrenado en ACLS y la enfermera de piso cuidando al paciente. Un médico, si hay un interno, responderá. Si no hay médico interno, nos comunicaremos por teléfono inmediatamente con el médico tratante del paciente después de la evaluación inicial del equipo. Si no nos podemos comunicar con el médico tratante y el paciente tiene otro médico en su caso, como el médico de rehabilitación o cirujano del paciente, nos comunicaremos con ese médico. El equipo permanecerá en contacto con el médico que va dirigir la atención.

El médico puede responder a las necesidades del paciente y venir al centro o determinar que el paciente deba ser transferido a otro nivel de cuidado dentro de Casa Colina, o si no se proporcionan los servicios necesarios en Casa Colina, el paciente puede ser transferido a otro centro de cuidado crítico donde se prestan los servicios. Si el paciente tiene o desarrolla una emergencia que pone en peligro su vida que no puede ser tratado en Casa Colina, el Sistema Médico de Emergencia (911) será comenzado y las medidas de apoyo se proporcionarán hasta que lleguen.

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

## **DECLARACION DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

Cuando se le pregunta al paciente si ha elaborado o no una Declaración de Voluntad Anticipada, el suscrito respondió: (marque las casillas que son aplicables)

- No, el paciente no tiene una Declaración de Voluntad Anticipada
- Información Proporcionada
- Rechaza la información
- Menor, menos de 18 años de edad
- Sí y una copia debe ser traída por la familia o pareja
- Sí, pero una copia no está disponible; se refiere al paciente a los servicios sociales
- Paciente no puede proporcionar la información debido a condición médica; referido a los servicios sociales
- Paciente solicitó asistencia para formular una Declaración de Voluntad Anticipada; se refiere al paciente a los servicios sociales
- Sí y copia está incluida en el expediente médico

## **Información sobre la Calidad del Cuidado**

Recursos en línea están disponibles para usted con respecto a la calidad de la atención proporcionada por los hospitales y sistemas salud a nivel nacional.

Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud  
<http://www.QualityCheck.org/>

Hospital Compare  
<http://www.hospitalcompare.hhs.gov>

HealthGrades  
<http://www.HealthGrades.com>

## **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al colocar mis iniciales en esta sección, acuso recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Casa Colina. El "Aviso de Prácticas de Privacidad" explica cómo Casa Colina puede utilizar y revelar mi información de salud protegida. Casa Colina me alientan a leerlo en su totalidad.

Casa Colina puede cambiar el "Aviso de Prácticas de Privacidad". Si se cambia el aviso, puedo obtener una copia del aviso revisado al:

- Acceder al sitio web de Casa Colina en [www.casacolina.org](http://www.casacolina.org); o

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

- Ponerse en contacto con el Departamento de Admisiones en (909) 596-7733 o llame gratis (866) 724-4127 ext. 3900; o
- Ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Ambulatorios en (909) 586-7733 o llame gratis (866) 724-4127 ext. 3500; o
- Ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de Casa Colina en (909) 596-7733, ext. 3410

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

*Si no es posible obtener el Acuse de Recibo del paciente o representante del paciente de la Notificación de Prácticas de Privacidad, describa los esfuerzos de buena fe hechos para obtener el Acuse Recibo de la persona y las razones por que no se obtuvo el Acuse Recibo:*

*Paciente se negó a firmar este Acuse de Recibo aun cuando se le pidió al paciente hacerlo y el paciente fue dado el Aviso de Prácticas de Privacidad*

*Otro:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Aviso de Prácticas de Privacidad de la información fue dejado en la cabecera.*

*Fecha:*\_\_\_\_\_ *Hora:*\_\_\_\_\_ *AM/PM*

*Firma:* \_\_\_\_\_  
*(Representante del Proveedor)*

*Imprimir nombre:* \_\_\_\_\_

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

**CERTIFICACIÓN PARA SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE HOSPITALIZACIÓN, OBSERVACIÓN Y AMBULATORIO**

Certifico que he leído lo anterior y recibí una copia del mismo. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy autorizado por el paciente a firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/representante legal)

Si el firmado por alguien otro que el paciente, indique su relación:

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

Firma: \_\_\_\_\_  
(testigo)

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_  
(testigo)

Original: Expediente Médico  
Copias: Paciente (o quien haya firmado el formulario)  
Persona financieramente responsable (si no es el paciente o quien firma el formulario)

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #: