

MONTES MEDICAL GROUP, INC.

Forma de Consentimiento General

CONSENTIMIENTO GENERAL

Por medio de la presente solicito y autorizo procedimientos de diagnóstico, tratamientos y exámenes médicos, incluyendo vacunas que se consideren convenientes o sean recomendadas por un profesional médico de Montes Medical Group, Inc.

Además, autorizo a Montes Medical Group, Inc. a ceder información médica/social a personas o agencias interesadas y comprometidas en llevar a cabo un plan de tratamiento para el paciente. Así como el uso y liberación de mis expedientes médicos, los cuales sean necesarios para procesar o facturar a terceros, responsables por servicios prestados en mi nombre.

CONSENTIMIENTO DE OBLIGACIÓN ECONÓMICA

Como cortesía, Montes Medical Group le cobrará directamente a su seguro médico (si aplica). Al firmar este documento usted está aceptando la responsabilidad económica de cualquier producto, servicio o tratamiento que no sea cubierto por su plan de seguro médico.

RECETAS E HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Para asegurarnos de no recetarle medicamentos que puedan interferir o tener una reacción dañina con otro medicamento que esté tomando, le pedimos su autorización para revisar su historial de medicamentos e información de recetas externas.

Por la presente autorizo a Montes Medical Group, Inc. a obtener mi historial de medicamentos y recetas por parte de fuentes externas.

_____ *Iniciales*

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido y repasado el manual sobre la Política de Privacidad de Montes Medical Group, Inc. y estoy de acuerdo con lo indicado

PARA PACIENTES DE 18 AÑOS O MAYORES

RECONOCIMIENTO DE LAS VOLUNTADES MEDICAS ANTICIPADAS

Reconozco que he recibido y repasado el manual de Montes Medical Group, Inc. sobre las voluntades médica anticipadas.

Se recomienda que todo paciente mayor de 18 años mantenga una copia del formulario de sus voluntades médicas en los archivos de Montes Medical Group, Inc. Favor de hablar con nuestra recepcionista si le gustaría llenar el formulario de Voluntades Médicas Anticipadas.

PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR Y REVELACION DE LA INFORMACION MÉDICA DEL PACIENTE

Montes Medical Group toma seriamente la seguridad de su niño/a. No examinaremos a su hijo/a sin la presencia de los padres o un adulto autorizado. Si usted desea autorizar a un adulto aparte de los padres o tutor legal, favor de enviar a la cita una carta detallada con el consentimiento. Esta deberá incluir el nombre del paciente, fecha de la cita, y el nombre del adulto al que está autorizando para asistir con el menor. Todas las cartas deberán incluir fecha y firma.

Además, normalmente los padres tienen el derecho de obtener los expedientes médico de su hijo/a. Si usted es el padre con la custodia y quiere negarle el acceso al padre sin custodia, favor de someter su petición por escrito junto con una copia de la declaración oficial de la corte que le otorga la custodia legal del niño.

FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

Reconozco que he leído y estoy de acuerdo con las normas expuestas y citadas anteriormente.

_____ *Firma*

_____ *Nombre (en letra de molde)*

_____ *Fecha*

MONTES MEDICAL GROUP, INC.

Forma de Consentimiento General

FARMACIA PREFERIDA

Por favor designe la farmacia de su preferencia, esto ayudará a nuestros médicos a la hora de enviar su receta.

Nombre de la Farmacia: _____	Tel. de Farmacia: _____
Domicilio de Farmacia: _____ <small>Número y Nombre de Calle, Ciudad, Estado y Código Postal</small>	
Podemos buscar el domicilio si no está seguro, solo indique las calles principales que cruzan. _____	

PERMISO PARA HABILITAR LA INFORMACION

RECIBA NOTICIAS Y ANUNCIOS DE SALUD POR MEDIO DE SU CORREO ELECTRÓNICO

En ocasiones, Montes Medical Group le puede enviar noticias de la compañía y avisos de salud a su correo electrónico. Estos correos podrían incluir temas como ferias de salud y eventos de la empresa para nuestros pacientes, la incorporación de algún médico o asistente, nuevos servicios disponibles, o las últimas recomendaciones de salud.

ESTABLECER UNA CUENTA PARA EL PORTAL DEL PACIENTE

Montes Medical Group ahora ofrece a sus pacientes el acceso a sus expedientes e información médica, de una manera fácil y privada, que podrá revisar en cualquier sitio con acceso a Internet.

Por medio de su portal, obtenga acceso a su información privada y reciba noticias o recordatorios de su médico.

Al incluir su correo electrónico en la parte posterior, usted está autorizando a Montes Medical Group y/o filiales a mandarle información de nuestra empresa por email, y está de acuerdo en que un representante de Montes Medical Group le abra una cuenta a su nombre, para su portal de paciente.

Mi correo electrónico es: _____

Este correo pertenece al

Paciente

Padre/Tutor Legal. Nombre del Padre/Tutor Legal : _____

COMUNICACIÓN POR CELULAR

Autorizo a Montes Medical Group (MMG) a enviar mensajes de texto a mi teléfono celular para transmitir información importante. No se incluirá ninguna información personal. Comprendo que a cualquier mensaje que reciba de MMG, se le aplicará la tarifas normal por mensajes de texto. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a MMG por cualquier cargo o tarifa generada con este servicio. También entiendo que en cualquier momento puedo cambiar esta autorización, por escrito, en la oficina de MMG más cercana.

*Sí, estoy de acuerdo en recibir comunicacion por mensajes
de texto de Montes Medical Group!*

Iniciales

MONTES MEDICAL GROUP, INC.

Autorización Para Permitir La Divulgación de Información de Salud Protegida

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para recibir toda la información con respecto a mi atención médica. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Licencia de conducir / Número de Identificación del Estado (opcional)
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

Si el paciente no puede firmar, se requiere documentación de la persona con custodia legal.

Firma de Paciente\Custodia Legal: _____

Nombre con Custodia Legal (si aplicable): _____

Testigo no debe ser un individuo nombrado arriba.

Firma de Testigo: _____

Nombre de Testigo: _____

For Montes Medical Group use only:

Name of MMG employee that verified the identity of the patient:

Information entered into computer system

on

Date

by

Name