



2435 NE Cumulus Ave., Suite A, McMinnville, OR 97128 Phone: 503-472-6161
Fax: 503-434-6290

INFORMACION DE NUEVO PACIENTE

Horas de oficina:

Lunes a Viernes 8:30 am a 5:30 pm con
Horas de Clínica los sábados: 8:30 am a 12:00 pm (Cuidado Urgente)

Horas del Laboratorios:

Lunes a Viernes 8:30 am a 5:30 pm
Horas de Clínica los sábados: 9:00 am a 12:00 pm

Horario de oficina:

Lunes a Viernes 8:30 am a 5:30 pm

Horas de Rayos-X:

Lunes a Viernes 9:00 am a 5:30 pm
(Cerrado de 12:30 pm a 1:30 pm)

Prescripciones:

Después de su visita inicial puede solicitar un relleno en su prescripción llamando a su farmacia. Le pedimos que usted de 48-72 horas para completar su pedido de la farmacia.

Cuando esté cerrado:

Llame al 503-472-6161 para la información del Médico de Guardia
Llame al 1-877-820-1307 Asistencia de servicio de contestadora

Padre, madre o tutor legal deberá acompañar a los nuevos pacientes menores de 18 años. Los tutores deben proporcionar una copia de la tutela de la documentación en el momento de la visita.

Padres de crianza deberán acompañar a todos los nuevos pacientes menores de 18 años. Padres de crianza deberán proporcionar copia de carta de colocación en el momento de la visita.

Se le pedirá en recepción una identificación con foto y tarjeta de seguridad en cada visita para cumplir con la Comisión Federal de Comercio para la Prevención de Robo en Bandera de la Regla Roja (**Federal Trade Commission's Theft Prevention Red flag Rule**)

Ofrecemos un sitio web y Portal del Paciente que permite acceder parte de su historial médico, así como la comunicación entre usted y su proveedor de atención médica, resultado de su prueba, la habilidad de preguntar sobre su factura, solicitar una cita y mucho más.

Vía del dolor crónico en PMC

Physicians Medical Center ha creado una vía del dolor en concordancia con las reglas del estado y las recomendaciones de CDC. Cualquier paciente nuevo entrando en la clínica con un plan de tratamiento establecido para dolor crónico el cual incluyen medicamentos con opios o narcóticos (incluyendo pero no limitado: hidrocodona, oxicodona, morfina, tramadol, fentanilo) debe tener en cuenta lo siguiente:

- Seguridad:
 - CDC reporta que los opios mato más de 28,000 personas en 2004, Más que en cualquier año registrado. Desde 1999, los números de muertes por sobredosis por opios casi se cuadruplicó. De 2000 a 2014 casi medio millón de personas murieron a causa de una sobredosis de drogas. 78 Americanos mueren cada día de una sobredosis de opios.
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html>
- Requisitos de PMC para el uso crónico de narcóticos:
 - Contrato de control de sustancias
 - Exámenes de orina con un mínimo de 2/al año
 - Hasta trimestrales visitas al consultorio para revisar el dolor, la función y la medicación.
 - Una visita individual con la consultora de salud del comportamiento
 - Participación en 4 clases en la escuela para dolor
 - Recibir la medicina para dolor de PMC solamente y usase en la farmacia
 - No uso de marihuana con narcóticos prescriptivos
 - De 48 horas de notificación para su pedido de rellenos (no en fin de semana)
 - Traer su bote de las pastillas con usted en cada cita
 - Entrenamiento Naloxone puede ser requerido
- Objetivo de PMC para vía del dolor:
 - Mantener la seguridad de los pacientes todo el tiempo
 - Optimizar la función con el tratamiento apropiado para el dolor
 - Uso de dosis más baja posible de cualquier prescripción de Narcóticos

***** PMC reserva el derecho de no llenar una prescripción narcótica en su primera visita *****

Physicians' Medical Center, P.C.

Aviso: Privacidad Del Paciente

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y proveer Un AVISO por escrito describiendo:

COMO PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y TENER ACCESO A ESA INFORMACION.

- * Podemos utilizar o divulgar a otros su información médica para proporcionar o coordinar su atención médica, el pago por el reembolso de la atención que proporcionamos, y las actividades administrativas relacionadas con su tratamiento.
- * Quizás nos requieran o permitan ciertas leyes, regulaciones o circunstancias a usar y divulgar su información médica sin su autorización. Bajo otras circunstancias, necesitaremos su autorización por escrito (Que puede revocar después) para uso o divulgación de su información médica.
- * Como paciente, usted tiene derechos importantes relacionados con la inspección y copia de su información médica que mantenemos, modificar o corregir esa información, obtener una cuenta de divulgación de su información médica, solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, solicitar que restringir ciertos usos y divulgaciones de su información médica, y quejarse si usted piensa que sus derechos han sido violados.
- * Tenemos disponible un AVISO DE PRÁCTICA detallado que explica completamente su derecho y nuestra obligación según la ley. Podemos editar nuestro AVISO de vez en cuando. La FECHA DE EFECTIVIDAD que aparece en la parte superior derecha de esta página indica la fecha del aviso más reciente en vigencia.
- * Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro AVISO más reciente en vigencia. Si aún no ha recibido una copia de nuestro AVISO actual, solicítelo en recepción y le proporcionaremos una copia.
- * Si tiene preguntas, preocupaciones o quejas acerca de este AVISO o información médica, por favor contacte a nuestro oficial de privacidad al (503) 472-6161.

Política Financiera

Physician's medical center, P.C

Estado de cuenta mensuales: Si tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos un informe de su estado de cuenta del mes. Se mostrara por separado el saldo que el paciente debe, cualquier cargo pendiente a su seguridad, el cobro de re facturación, o cualquier, o algún pago o crédito aplicado a su cuenta.

Sino tiene seguro médico: Deberá pagar en __efectivo, __cheque, __tarjeta de crédito el día en el cual el tratamiento fue dado. Si usted no puede dar el pago completo y debe ser visto hoy (urgente), se espera que llegue a un arreglo de pago con nuestras oficinas de negocios.

Si tiene seguro médico: Deberá pagar en __efectivo, __cheque, __tarjeta de crédito deberá pagar su Co pago el día de su cita. Cualquier Co pago requerido por su seguro médico debe ser pagado el día de su cita. Si no puede pagar su Co pago el día de su cita habrá un cobro de \$8.00.

Pagos: Al menos que otros arreglos fueron realizados en la oficina de negocios, El saldo en su estado de cuenta debe pagarse cuando este haya sido facturado, y si no paga en 60 días será factura atrasada.

Cargo en su cuenta: Tenemos el derecho a cancelar su privilegio haciendo cargos en contra de su cuenta en cualquier momento. Próximas citas tendrán que ser pagadas el mismo día de su cita.

Seguro Médico: Es su responsabilidad controlar sus beneficios y máximo anual. Estaremos encantados de ayudarle con cualquier reenvío. La compañía de seguros hace la determinación final de su elegibilidad. Usted acepta pagar cualquier porción de los cargos no pagados por el seguro médico. Si usted tiene el plan HMO es su responsabilidad saber y entender su plan HMO.

Generalmente, esos planes requieren pagos de Co Pagos en la cita.

Divorcio: En caso de divorcio o separación, la persona responsable antes del divorcio o separación permanece como responsable en la cuenta. Después del divorcio o separación, los padres que autorizados del tratamiento del hijo(a) será el padre responsable de los cargos futuros.

Compensación del trabajador: facturaremos al seguro de compensación del trabajador si usted nos provee con esa información. Tendrá usted que completar el formulario 827 con nosotros. Si su reclamo es negado, usted será responsable de dar el pago completo. Si usted nos notifica que se lesiono en el trabajo y después decide no reclamar como fue por lesión en el trabajo estamos legalmente responsables en notificar a su seguro de compensación del trabajador.

Renuncia de confidencialidad: Usted entiende que esta cuenta es somete a la agencia de colección y su estado de cuenta atrasada es reportado a la agencia de informes de crédito, el hecho de que recibió el tratamiento en la clínica puede convertirse en un asunto de registro público.

Fecha Efectiva: Una vez firmado ese acuerdo, usted está de acuerdo con todos los términos y condiciones aquí contenido y acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Por favor Impresión		Informacion del Paciente		Physicians' Medical Center	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	SEXO: masculino femenino Fecha de Nacimiento:		
Direccion	Calle/ Apartado de postal	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Seguro Social #	Licencia del conductor & Estado		Telefono: _____ Email: _____		
Nombre de Empleador	Dirección	Teléfono #	Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Email or <input type="checkbox"/> Telefono		
Nombre del esposo/esposa	Patron del esposo/esposa	Teléfono #	Medico primario del cuidado		
Nombre del contacto de la emergencia no en la misma casa / Telefono #					
Informacion de la Persona Responsable/Guardian					
Apellido	Nombre	Segundo Nombre			
Direccion calle/apartado postal	Ciudad	Estado	Codigo Postal		
Numero De Telefono de casa	Seguro Social #	Licencia Del Conductor #			
Nombre de empleador	Fecha de Nacimiento	Numero De Telefono Del Patron			
Informacion Del Seguro Medico					
Nombre del seguro medico	Grupo/ PLAN #	Numero del miembro o Identificacion #			
Direccion	Nombre del Asegurado / Suscriptor Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	
Nombre del seguro medico segundo	Grupo/ Plan #	Nombre del Asegurado/ Suscriptor			
Direccion	Nombre del Asegurado / Suscriptor Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	
LEA POR FAVOR ESTA DECLARACION CUIDADOSAMENTE Y FIRME EN EL FONDO					
La informacion que he proporcionado es completa y verdad a mi conocimiento. Autorizo por este medio a medicos, Dentro medico, P.C., y mi compania de seguros para intercambiar cualquier informacion que cualquier parte pueda solicitar referente mis demandas y cuidado. Tambien autorizo todo los pagos del seguro para ser asignado directamente a los medicos Del Centro Medico., P.C. Reconozco que soy financieramente responsable del pago de todas los cargos si o no mi seguro los cubren. Firmando abajo tambien convengo las condiciones siguientes:					
<ul style="list-style-type: none"> • Los Balances de la cuenta sobre 60 dias seran determinados un honorario que refactura mensual. • Los cheques sin fondos seran cargados \$25.00. • Co-paga no hecho a la hora de servicio sera cargado un honorario de proceso adicional \$8.00. • La falta de cancelar la cita 24 horas dara lugar por adelantado a un honorario \$25.00. • Las formas de la inhabilidad y del tiempo-pérdido seran cargadas \$25.00 cuando no son terminadas por el medico a la hora de una vista de la oficina. • Las cuentas atrasadas seran asignadas a un credito que divulga servicio de la coleccion y sefa responsable de todo los costos de la actividad de la coleccion incluyendo honorarisos razonables del abogado. • El Centro Medico P.C. reserva el derecho de terminarme de la practica para que la falta se conforme con estas condiciones. • Estay de acuerdo participar en el programa PHPCH cuando es aplicable 					
Firma _____			Fecha _____		
Testigo _____			Fecha _____		
Revised 3/2010		(Firma de la Recepcionista)		Gracias Porfavor lea la pagina de atras	

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que los médicos de este Centro médico, P.C. (designados abajo como esta practica) utilizará y divulgará la información de la salud sobre mí.

Entiendo que mi información de la salud puede incluir la información creada y recibida por la práctica, puede estar en la forma de expedientes escritos o electrónicos o de palabras habladas, y puede incluir la información sobre mi historia de la salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de la prueba, diagnóstico, tratamientos, procedimientos, prescripciones, y tipos similares de información relativa a la salud.

Entiendo y convengo que esta práctica puede utilizar y divulgar mi información de la salud para:

- tomar decisiones sobre y planear para mi cuidado y tratamiento;
- referirse, consultarse, coordinar cuidado y manejar su cuidado con otros proveedores del cuidado médico para mi cuidado y tratamiento
- determina mi elegibilidad para la cobertura del plan o de seguro de la salud, y somete las cuentas, las demandas y la otra información relacionada a las compañías o a otras de seguros que pueden ser responsables de pagar un cierto o todos mis cuidados médicos; y
- realice las varias funciones con las cuales apoye los esfuerzos de mis doctores de proporcionarme, arreglarse y ser reembolsado por la calidad, cuidado médico de la oficina, administrativas y del negocio rentable

También entiendo que tengo el derecho de recibir y de repasar una descripción escrita de cómo esta práctica manejará la información de la salud sobre mí. Se sabe esta descripción escrita como un aviso de la privacidad practica y describe las aplicaciones y los accesos de la información de los hechos y de las prácticas de la información seguidas por los empleados, el personal y el otro personal de la oficina de esta práctica, y mis derechos con respecto a mi información de la salud.

Entiendo que el aviso de las prácticas de la privacidad se puede revisar a partir del tiempo al tiempo, y que me dan derecho a recibir una copia de cualquier aviso revisado de la practica de privacidad. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más actual de este aviso de prácticas de privacidad en efecto será fijada en área de espera/reception.

Entiendo que tengo el derecho de preguntar que una cierta o todo mi información de la salud no ser utilizada o no ser divulgada en la manera descrita en el aviso de las prácticas de la privacidad, y yo entiendo que esta práctica no es requerida por la ley de convenir a tales peticiones

Firmando abajo, convengo que he repasado y entiendo la información arriba y que he recibido una copia del aviso de las prácticas de la privacidad.

_____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del Paciente	
	Fecha:

Por: _____	Fecha: _____
(Representante del paciente)	
Descripción de la autoridad de los representates _____	



NEW PATIENT HISTORY FORM

PLEASE RETURN THIS COMPLETED FORM PRIOR TO YOUR APPOINTMENT

(Nombre)

(Fecha de nacimiento)

Name: _____

Date of Birth: _____

Date you are filling out this form (Fecha que lleno este formulario): _____

Physician/provider sending you to us (Médico/proveedor que lo envío a nosotros): Dr. _____

Complaint/disease/reason for requesting this visit (Denuncia, enfermedad y razón para solicitar esta visita)

MEDICATIONS: (please use back of form for additional meds)

MEDICAMENTOS: (por favor utilice la parte de atras para medicinas adicionales)

Prescription medications Medicamentos recetados	Dose Dosis	How often taken con qué frecuencia?

NON-PRESCRIPTION (over-the-counter medications such as aspirin, ibuprofen, vitamins, laxatives, etc)

NO prescripción (medicamentos de venta libre, como aspirina, ibuprofeno, vitaminas, laxantes, etc)

Over the counter medications Los medicamentos	Dose Dosis	How often taken con qué frecuencia?

HERBAL PREPARATIONS / PREPARACIÓN

Herbal preparation preparación Herbal	Dose Dosis	How often taken con qué frecuencia?

ALLERGIES OR ADVERSE DRUG REACTIONS? Please list drug and type of reaction
ALERGIAS O REACCIONES ADVERSAS DE DROGAS? Enliste drogas y tipo de reacción

Allergies or Drug Alergia or medicina	Reaction Reacción

PAST MEDICAL HISTORY (PASADO MÉDIC HISTORIA):

Please check past medical history:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/ <i>Hipertensión Arterial</i> (401.1) | <input type="checkbox"/> Depression/ <i>Depresión</i> (311.0) |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease/ <i>Enfermedad Corazón</i> (414.0) | <input type="checkbox"/> Heart arrhythmia/ <i>Arritmia del corazón</i> (427.9) |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol/ <i>Máximo Colesterol</i> (272.0) | <input type="checkbox"/> Peptic Ulcer disease/ <i>Úlcera Péptica</i> (533.90) |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ <i>Asma</i> (493.90) | <input type="checkbox"/> Low Thyroid / <i>Tiroides baja</i> (244.9) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Adult/ <i>Diabetes Adulto</i> 250.00) | <input type="checkbox"/> Allergic Rhinitis/ <i>Rinitis alérgica</i> (285.9) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Childhood/ <i>Diabetes Infancia</i> (250.01) | <input type="checkbox"/> History of stroke/ <i>Embolio</i> (434.91) |
| <input type="checkbox"/> Kidney Stones/ <i>Rinon Piedra</i> (592.0) | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/ <i>Apnea de Sueño</i> (780.57) |
| <input type="checkbox"/> Emphysema/ <i>Enfisema</i> (496.0) | <input type="checkbox"/> Anemia / <i>Anemia</i> (285.9) |

SURGICAL HISTORY: list any surgeries (operations), reason for the surgery, and date of surgery:
QUIRÚRGICO HISTORIA quirúrgica: lista cualquier cirugías (operaciones), en razón de la cirugía y la fecha de la cirugía:

Surgery/Operation <i>Cirugía/ Operación</i>	Date <i>Fecha</i>	Physician

FAMILY HISTORY / FAMILIA HISTORIA:

Place an "X" in appropriate boxes to identify all illnesses/conditions in your blood relatives
 Coloque una "X" en los cuadros correspondientes para identificar enfermedades y condiciones todos en nuestros parientes de sangre

Illness/Condition <i>Enfermedad/Condiciones</i>	grand parent <i>abuelos</i> P= paternal M = maternal	father <i>padre</i>	mother <i>madre</i>	brother <i>hermano</i>	sister <i>hermana</i>	son <i>hijo</i>	daughter <i>hija</i>
Colon or rectal cancer <i>Colon o cáncer rectal</i>							
Breast Cancer <i>Cancer de pecho</i>							
Heart disease <i>Enfermedad Corazón</i>							
Diabetes							
High blood pressure/ <i>presión alta</i>							
High cholesterol/ <i>Alto colesterol</i>							

Illness/Condition <i>Enfermedad/Condiciones</i>	grand parent <i>abuelos</i> P= paternal M = maternal	father <i>padre</i>	mother <i>madre</i>	brother <i>hermano</i>	sister <i>hermana</i>	son <i>hijo</i>	daughter <i>hija</i>
Alcohol/drug <i>Alcohol/droga</i>							
Depression/psychiatric illness <i>Depression/ enfermedad psiquiátrico</i>							
Genetic (inherited) disorder <i>Desorden genético (hereditaria)</i>							
Prostate cancer <i>Cáncer de prostata</i>							
Ovarian cancer <i>Cancer del ovario</i>							
Other <i>Otro</i>							

ADDITIONAL HISTORY: List any additional medical history:
HISTORIA adicional: *Lista cualquier historia clínica adicional:*

SOCIAL HISTORY/ HISTORIA SOCIAL

Home situation/ *situación casa*

Single / *Soltero* _____ Married / *Casado* (how long/ *cuanto tiempo*) _____

Significant other / *Otra pareja* _____ Other / *Otro* _____

How many children / *Cuántos niños* _____ Are they healthy / *Son saludables* _____

Employment / Empleo:

Employed / *Empleado* _____ Unemployed / *Desempleado* _____ Retired / *Jubilado* _____

Disabled / *Discapacitado* _____ Other / *Otro* _____

Occupation / ocupación: _____
type of work or job/ *tipo de trabajo o de empleo*

Habits:

Tobacco ./ Tabaco:

Do you use any tobacco / *Utiliza cualquier tabaco?* No _____ Yes/Si _____

If quit, how long ago / *Si ha dejado ase cuanto tiempo?* _____

If yes, how many packs per day / *En caso afirmativo, cuántos paquetes por día?* _____

Do you want to quit/ *Desea dejar?* _____

GENDER IDENTITY /IDENTIDAD DE GÉNERO _____

SEXUAL ORIENTATION/ORIENTACIÓN SEXUAL

Lesbian, gay or homosexual/ <i>Lesbiana, Gay u Homosexual</i>	
Straight or heterosexual/ <i>Heterosexual</i>	
Bisexual/ <i>Bisexual</i>	
Something else, please describe/ <i>Algo más, por favor Describa</i>	
Don't know/ <i>No sé</i>	
Choose not to disclose/ <i>Elige no divulgar</i>	
None/ <i>Ninguna</i>	

RISK FACTORS FACTORES/ DE RIESGO FACTOR

Procedure/procedimiento	Date/ Fecha	Physician / Médico
Last Colonoscopy <i>Ultimo colonoscopia</i>		
Last Bone Density <i>Ultimo densidad del hueso</i>		
Last Pap Smear <i>Ultimo papanicolado</i>		
Last Mammogram <i>Ultimo mamograma</i>		
Last PSA/Prostate Exam <i>Ultimo exam de prostata</i>		

Do you use seatbelts/*Utilizas cinturones de seguridad* No _____ Yes/*Sí* _____

IMMUNIZATIONS: if YES, give approximate year given and where you received the immunization.

IMMUNIZATIONS: *en caso afirmativo, dar aproximado año dado y en la que recibió la inmunización*

Immunization	No/Yes No/ Si	Year/ Años	Where/ Dónde
Pneumococcal/ <i>Neumococico</i>			
Hepatitis A/ Hepatitis A			
Hepatitis B/ Hepatitis B			
Tetanus/ Tétanos			

Are you up-to-date on your immunizations / *esta al corriente en sus vacunas?* _____

PHYSICIANS' MEDICAL CENTER, P.C.
2435 NE Cumulus Avenue Suite A
MCMINNVILLE, OR 97128
TELÉFONO (503) 472-6161 FAX (503) 434-6290

AUTORIZACIÓN Para el uso y liberación de información salud protegida. Todas las secciones de la autorización deben ser completadas o la autorización no será aceptada.

Autorizo:

(Physicians' Medical Center o el nombre del proveedor autorizado para liberar información)

(Domicilio de la persona / entidad)

(Ciudad, Estado, Código postal)

Para usar y liberar una copia específica de la información de salud descrita a continuación acerca con:

(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento) (Número del seguro social)

(Domicilio del paciente) (Número de teléfono del paciente)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Consiste en: fechas de información de cuidado de salud para ser liberadas: De _____ Hasta _____

(Marque todas las que apliquen)

_____ Notas de la Clínica	_____ Reportes de consulta
_____ Historial y examen físico	_____ Reportes operativos
_____ Resumen de Descarga (dado de alta)	_____ Imágenes Rayos X/Diagnósticos
_____ Reportes de los laboratorios (análisis)	_____ EEG, Electrocardiograma
_____ Otro _____	

Para:

(Nombre del Doctor, Practica, Agencia o Persona que recibe la información de Salud)

(Domicilio del Recipiente)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Propósito de la solicitud: ___ Tratamiento/Consulta ___ Transferencia de cuidado ___ Facturación o Reclamo ___ A petición del Paciente

Otro: _____

Abuso de Drogas y/o Alcohol, y/o Psiquiátrico, y/o VIH/SIDA liberación de registros :

Entiendo que mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia a: abuso de drogas y/o alcohol, cuidado psiquiátrico, enfermedades de transmisión sexual, prueba de Hepatitis, prueba genéticas, y/o información sensible, estoy de acuerdo en liberar.

___ Sí ___ No Iniciales _____

Entiendo que mis registros médicos o de facturación contiene información en referencia a VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) prueba y/o tratamiento, estoy de acuerdo en liberar. ___ Sí ___ No Iniciales _____

Límite de tiempo y el derecho de revocar autorización: Esta autorización es voluntaria, usted puede rechazar la firma de esta autorización. El rechazo a la firmar de la autorización no afecta la habilidad de recibir los servicios de cuidado de salud al menos que especifique arriba en el propósito de la solicitud. Usted puede revocar esta autorización por escrito a cualquier momento. Si usted revoca su autorización, la información descrita arriba no podrá ser usada o liberada para los propósitos detallados en la autorización por escrito. La única excepción es cuando la cubierta de entidad tome acción en la dependencia de la autorización o si la liberación fue obtenida en condición para obtener cobertura de salud. Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración al oficial de privacidad de 2435 NE Cumulus Ave., Suite A, McMinnville, Oregon 97128 y diga que revoca esta autorización.

Re-liberación: Yo entiendo que la información usada y liberada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a re-liberar y no estará protegida bajo la ley federal. Sin embargo, yo también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la re-liberación a la información de VIH/SIDA, información de salud mental, información genética y/o diagnosis de droga/alcohol, tratamiento o información de referencia.

He leído esta autorización y lo he entendido.

A menos que revoque esta autorización vencerá en 180 días o en la siguiente fecha o evento: el día ___ del mes _____, 20 ____.

La Firma _____ Fecha: _____
(Firma del paciente o del representante legal autorizado)

Descripción de relación del paciente: _____ Quiero los registros por correo

Office Use Only: Processed by _____ (Employee Name) Date _____
Mailed Faxed Other: _____

PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVO
PHYSICIANS MEDICAL CENTER, P.C

Nombre completo del paciente (molde)

fecha de nacimiento

número de teléfono

Consentimiento de adultos (Edad 18 años mayor): Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:

Consentimiento de hijo menor(menor de18 años de edad): Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:

Nombre persona de
Contacto alternativo

Relación

Quien puede ser contactado al

de teléfono

Nombre persona de
Contacto alternativo

Relación

Quien puede ser contactado al

de teléfono

También doy permiso para la persona de contacto alternativo enlistada arriba para recoger los papeles siguientes de mi parte.

Registro de facturas SI NO
Reportes de Rayos X SI NO
Consultaciones SI NO
Prescripciones SI NO

Resultados de Laboratorios SI NO
Visitas a la oficina SI NO

Otros: _____

Firma del paciente o tutor

Relación (si es otra persona)

Fecha

PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVO
PHYSICIANS MEDICAL CENTER, P.C

Nombre completo del paciente (molde)

fecha de nacimiento

número de teléfono

Consentimiento de adultos (Edad 18 años mayor): Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:

Consentimiento de hijo menor(menor de18 años de edad): Doy mi permiso para que Physicians Medical Center, P.C discuta mi cuidado médico incluyendo laboratorios y Radiografías, tratamiento e información de facturación con la siguiente persona(s) de contacto enlistados abajo:

Nombre persona de
Contacto alternativo

Relación

Quien puede ser contactado al

de teléfono

Nombre persona de
Contacto alternativo

Relación

Quien puede ser contactado al

de teléfono

También doy permiso para la persona de contacto alternativo enlistada arriba para recoger los papeles siguientes de mi parte.

Registro de facturas SI NO
Reportes de Rayos X SI NO
Consultaciones SI NO
Prescripciones SI NO

Resultados de Laboratorios SI NO
Visitas a la oficina SI NO

Otros: _____

Firma del paciente o tutor

Relación (si es otra persona)

Fecha