



REGISTRO DEL PACIENTE
(Favor de Llenar la Siguiete Forma con Letra Legible)

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre (iniciales): _____

Apellido: _____ Sexo: M F

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Numero Telefónico: Casa: _____ Celular: _____

Trabajo: _____

Status Social: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Status de Empleo: Retirado Trabajador Estudiante

Raza: _____ Etnia: _____ Me Niego a Contestar

Idioma Preferido: _____

Contacto de Emergencia

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

Dirección: _____

Authorization for the Release of Medical Information
Coronado Vein Center

Authorization for use/or disclosure of protected health information. *Patients: Please fill bottom portion only.*

I, hereby authorize _____
(Name of Disclosing Party)

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone _____ Fax _____

To Disclose to the **Coronado Vein Center**

Address _____

City _____ California _____ Zip _____

Phone _____ Fax _____

Name of Patient _____ DOB _____

Specify the records to be disclosed:

- *Medical Information _____ Date _____
- *X-Ray Results _____ Date _____
- *Lab Results _____ Date _____
- *Progress Notes _____ Date _____
- *Consultation Report _____ Date _____
- *Other _____ Date _____

-----*Above For Office Use Only*-----

Duration: This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for one year from the date of signature unless a different date is specified here _____.

Revocation: This authorization is also subject to written revocation by the member/patient at any time. The written revocation will be effective upon receipt, except to the extent that the disclosing party or others have acted in reliance upon this authorization.

Redisclosure: I understand that the recipient may not lawfully further use or disclose the health information unless another authorization is obtained from me or unless such use of disclosure is specifically required or permitted by law.

Signed _____ Witness Signed _____

Name _____ Name _____

Date _____ Relationship to Patient _____

CONSENTIMIENTO PERSONAL DE AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACION MEDICA

Yo, autorizo al Coronado Vein Center a hablar con los siguientes miembros de mi familia, mi tutor o representante legal con respecto a:

Toda la información médica, incluyendo, registros relacionados con antecedentes personales, exámenes médicos, tratamientos, consultas, pagos y facturación, resultados de radiografías, hallazgos de laboratorio, informes de admision y alta del paciente, registros de tratamientos, diagnósticos, pronósticos, registros de notas de enfermeria y medicos, y/o cualquier otra información no médica en mi archivo.

Sólo el siguiente tipo de información:

Ningun tipo de Información

La información médica anterior solo será divulgada a las siguientes personas:

Nombre del Miembro de la Familia / Tuto ó Representante Legal

Relación

Entiendo que para cancelar este consentimiento de autorización para la liberación de informacion médica, debo notificar al Coronado Vein Center por escrito con respecto a la fecha de vigencia y finalización de este.

Este consentimiento de autorización será válido hasta que sea revocada por escrito.

Sé que tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento, si así lo deseo.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Aviso de práctica de privacidad y consentimiento del paciente para el uso y revelación de información médica protegida

NOMBRE DEL PACIENTE

Entiendo que, conforme a la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos como paciente con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que, el Coronado Vein Center puede usar o revelar mi información médica protegida para tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica— lo que significa que se me brinde como paciente la atención médica, manejo de facturación, pago y/o el cuidado de otras operaciones de atención médica. A menos que sea requerido por la ley, no habrá otro uso y divulgación de esta información sin mi autorización.

El Coronado Vein Center tiene un documento llamado "**Aviso de práctica de privacidad**". El cual contiene una descripción más completa de sus derechos de privacidad y de cómo podemos usar su información médica protegida.

Entiendo que, tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuerdo, sí yo lo solicito. Y el Coronado Vein Center me proporcionará el *Aviso de práctica de privacidad* más reciente.

Mi firma a continuación indica que me han dado la oportunidad de revisar dicha copia del *Aviso de práctica de privacidad*. Mi firma significa que estoy de acuerdo y permito que el Coronado Vein Center use y revele mi información médica protegida (en caso necesario), para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto, sí el Coronado Vein Center toma medidas basándose en este consentimiento previamente firmado por usted.

FIRMA (Paciente, Tutor o Representante legal)

FECHA

RELACION DEL PACIENTE sí fue firmado por otra persona

FECHA

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Practica de Privacidad*, incluyendo revisions de nuestro "Aviso" en cualquier momento, llamando al Coronado Vein Center, en Redding (530) 244-3278.