

## *Martha Jefferson* Medical Group

<b>Informacion del Paciente</b>			
Apellido, Nombre, Inicial		Número de Seguro Social	
Dirección de correo		Fecha de nacimiento	
Ciudad Estado CP		Sexo: Masculino Femenino	
Dirección física si es diferente a la de correo) Ciudad Estado CP			
Teléfono de Casa Teléfono celular Telefono de trabajo		Casado(a), Viudo(a), Soltero(a), Divorciado(a)	
Contacto de Emergencia (Nombre, Parentesco)		Número de Contacto en Caso de Emergencia	
Empleador/Dirección		Teléfono de Empleador	
<b>Información de la persona responsable (si es diferente a lo anotado arriba)</b>			
Apellido, Nombre, Inicial		Número de Seguro Social	
Dirección (correo)		Fecha de Nacimiento	
Ciudad Estado CP		Teléfono de Casa	
Dirección (de facturas, si es diferente a la de correo)		Teléfono de Día	
Ciudad Estado CP		Sexo: Masculino Femenino	
Empleador/Dirección		Teléfono de Empleador	
<b>Informacion de Seguro Primario</b>			
Nombre de la Compañía	Número de la Póliza	Número del Grupo	Fecha de expiracion
Dirección de Reclamos de Seguro	¿Accidente? . Sí No Trabajo Auto		Fecha del Accidente
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente	
Información de Seguro Secundario, Auto o Labores e Industrias			
Nombre de Compañía de Seguro	Número de ID de Póliza	Número del Grupo	Fecha de expiracion
Dirección de Reclamos de Seguro	¿Accidente? . Sí No Trabajo Auto		Fecha del Accidente
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente	
<b>Autorización, Consentimiento y Asignación de Beneficios</b>			
<p>Por medio de la presente doy consentimiento voluntario al Martha Jefferson Medical Group para cuidado medicos incluyendo: evaluación, diagnosis, consulta y tratamiento de atención Médica. Doy autorización para que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Martha Jefferson Medical Group y comprendo que soy responsable financieramente por servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo en ceder información tocante al Tratamiento/Consulta de atención Médica para el propósito de pago o de operaciones de servicios de salud. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y puede ser utilizada para reclamos futuros. Puedo revocarla a cualquier tiempo dando aviso en escrito. Acuso recibo de una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de Martha Jefferson Medical Group.</p>			
Firma: _____ Fecha: _____ Parentesco al paciente (si es menor) _____			
¿Quién esta autorizado para firmar por el niño menor de edad (menor de 18 anos) para recibir tratamientos? _____			
¿Quién tiene custodia legal del menor? Si es diferente a lo anterior, proporcione por favor el acuerdo de custodia. _____			
La relacion del paciente al firmante: Paciente, Esposo(a), Padre, Nino, Otro _____			

**Martha Jefferson** Medical Group

Apellido, Nombre, Inicial	Número de Seguro Social
---------------------------	-------------------------

¿Permiso para compartir información—Con quién podemos compartir información sobre el paciente?

Nombre: \_\_\_\_\_ La relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ La relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ La relación al paciente: \_\_\_\_\_

**ANUNCIO PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA RESULTADOS DE EXAMENES DE VIH, HEPATÍTIS B Y HEPATÍTIS C**

Bajo el acta de ley del código de Virginia § 32.1- 45.1 (1950), tenemos la obligación darle la siguiente información:

Si uno de nuestros profesionales de cuidado de salud, trabajadores, o empleados están expuestos a su sangre o flujos del cuerpo en una manera que podría transmitir una enfermedad, le harán una prueba de sangre para VIH, el virus de SIDA y para la presencia de los virus Hepatitis B y Hepatitis C. Un doctor u otro proveedor de cuidado de salud le dirá a usted y a la tal persona el resultado de la prueba y dará asesoramiento, si es necesario.

Si usted está expuesto(a) a sangre o flujos del cuerpo de uno de nuestros proveedores de cuidados de salud, trabajadores, or empleados en una manera que podría transmitirle enfermedad, le harán a tal individuo una prueba de sangre para comprobar infección con VIH, el virus “SIDA” y la presencia de los virus Hepatitis B y Hepatitis C. Un doctor o otro proveedor de cuidado de salud le dará a usted y a esa persona el resultado de la prueba y dará asesoramiento, si es necesario.

Consiento voluntariamente al cuidado médico en Martha Jefferson el Grupo Médico que puede incluir exámenes, las pruebas, las fotografías y los tratamientos por médicos y personal. **Ningunas promesas se me han hecho sobre los resultados de tratamientos ni exámenes.**

Certifico que la información que he dado con respecto a mi cobertura es correcta. Yo por la presente autorizo la entrega de la información pertinente a mi compañía de seguros o CM y cualquier otros médicos implicados con mi caso. Autorizo beneficios de seguro para ser pagados directamente a esta oficina, notando que soy responsable por pagar cualquier servicio no cubierto. Comprendo que si mi cuenta llega a ser delincente y es asignada a una agencia de la colección, estoy de acuerdo de pagar todos los gastos de coleccionistas, incluyendo honorarios de agencia y abogado.

He leído, comprendido, y aceptado todos los términos especificados en la Poliza Financiera. Reconozco que he recibido y se me ha ofrecido una copia de la Práctica de Confidencialidad del Martha Jefferson Medical Group.

La relación del paciente al firmante:  Paciente  Esposo  Padre  Niño  Otro \_\_\_\_\_  
 Paciente no puede firmar o reconocer

Firma

Fecha