



4809 Argonne St, Suite 200
Denver, CO 80249
(303) 563-2784 (303) 563-2781 (fax)

Consentimiento Para Cuidado Medico

(lea y firme por favor)

Nombre del paciente _____

Yo, _____, el(la) infrascrito(a), consiento al siguiente tratamiento:

- Administración y provisión de todos los tratamientos
- Administración de cualquier anestético necesario
- Provisión de cualquier intervención que la doctora juzgue necesario o recomendable para el tratamiento
- Uso de medicina recetada por la doctora
- Intervenciones diagnósticos, pruebas de análisis y cultivos
- Pruebas de laboratorio médicamente aceptados que sean consideradas médicamente necesarios o recomendables basados en el juicio de la doctora que lo atiende

Entiendo por completo que éste consentimiento está dada antes de tener una diagnosis o tratamiento específico.

Entiendo que el consentimiento seguirá en efecto incluso después de que se haya hecho una diagnóstico específica y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento seguirá en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Entiendo que éste consentimiento incluye consentimiento en las clínicas satélites de HealthONE/Aspen Family Medicine.

Yo, el(la) infrascrito(a), reconozco que HealthONE/Aspen Family Medicine utilizará y divulgará mi información para los propósitos del tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de salud según lo descrito en el aviso de las prácticas de privacidad.

Una fotocopia de este consentimiento es considerada tan válida como la original.

PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo la revelación de mi información médica a la administración de Seguridad Social o de sus intermediarios para mis demandas de Medicare. Otorgo los beneficios pagaderos a HealthONE/Aspen Family Medicine para los servicios médicos que me proveen.

Reconozco que me han dado el aviso de las practicas de privacidad de HealthONE/Aspen Family Medicine. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo contactar al oficial de privacidad. Inicial del paciente: _____



4809 Argonne St, Suite 200
Denver, CO 80249
(303) 563-2784 (303) 563-2781 (fax)

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones antedichas y consiento completamente y voluntariamente a su contenido.

Firma del paciente (o persona responsable) _____ Fecha _____