



# Datos de Paciente Nuevo

## Autorización para Divulgar Información a Miembros de su Familia

De acuerdo con las reglamentaciones vigentes sobre la confidencialidad de datos médicos en Estados Unidos (la ley federal HIPAA), nosotros no podemos proveer o divulgar ninguna información médica o sobre facturas por nuestros servicios a nadie sin antes contar con la autorización del paciente. Si usted desea que sus datos médicos o sobre la facturación de gastos médicos puedan ser divulgados a los miembros de su familia usted deberá completar y firmar esta hoja/formulario que sigue. Al firmar este formulario usted estará dando acceso a la información únicamente a aquellos miembros de su familia que figuren listados aquí abajo por usted en este formulario. Usted tiene el derecho a revocar esta autorización por escrito.

Yo permito/autorizo al Departamento Quirúrgico Hugh Chatham a divulgar mis datos médicos y/o sobre facturación de gastos a las siguientes personas:

- 1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_
- 2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_
- 3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_
- 4. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Autorización para Dejar Mensajes a Miembros de su Hogar o en su Contestador Telefónico

Ocurre ocasionalmente que es necesario poder dejar mensajes a nuestros pacientes para cosas como recordarle el horario de su cita médica, hablarle sobre resultados de su análisis o estudio médico, programar su próxima cita o preguntarle si tiene alguna duda o preocupación y si se recupera adecuadamente. En ningún momento el personal o 'staff' de esta oficina hablará con un/a paciente acerca de su condición médica o de salud sin primero obtener el consentimiento del paciente. El propósito de esta autorización es solo para autorizar a poder dejarle mensajes a usted por medio de algún miembro de su hogar o de su sistema de grabación de mensajes por teléfono.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# Datos de Paciente Nuevo

## Formulario de Pre-Autorización sobre Tratamiento Médico de un Menor Dependiente

Este formulario de pre-autorización permite que los padres de menores de edad y/o los guardianes legales de adultos dependientes otorguen permiso y autorización a otros adultos responsables para que puedan acompañar a sus menores dependientes o adultos dependientes a nuestros consultorios para evaluaciones o tratamientos médicos.

Yo, él/la abajo firmante, siendo padre/madre/guardián legal de: \_\_\_\_\_

Dependiente cuya fecha de nacimiento es: \_\_\_\_\_

Autorizo por este medio a las siguientes personas

- 1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_
- 2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_
- 3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_
- 4. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Otorgándole(s) mi expreso permiso para actuar como mi agente/representante en lo relacionado con autorizar evaluaciones médicas y tratamiento médico para mi menor/dependiente (arriba indicado). Esta autorización le otorga poder y autoridad a esta/s persona/s arriba indicadas a dar permiso y autorizar todo y cualquier tipo de evaluación, diagnóstico, tratamiento en consultorios, vacunación, procedimientos de anestesia o tratamientos quirúrgicos que un médico, en el ejercicio de su juicio profesional, considere recomendable. Esta autorización incluye dar permiso para que el dependiente sea hospitalizado cuando el médico lo considere necesario.

Esta autorización será válida hasta tanto sea revocada por mí por medio de una notificación escrita por mí.

Declaro que libero de toda responsabilidad y perjuicio a los médicos, empleados/staff y demás personas que actúen en relación a la implementación de esta autorización.

Nombre de Padre o Madre o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Madre o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# Datos de Paciente Nuevo

## Instrucciones de Preparación para una Colonoscopia

Agradecemos que nos permita participar en proveerle atención médica. Para examinar su colon adecuadamente es necesario que la parte interna de su conducto intestinal se encuentre limpio. Deberá seguir las instrucciones que siguen y cumplirlas de manera estricta, sin cambiarlas, salvo que sea un cambio que haya ordenado su médico.

**Medicamentos:** Si usted toma medicamentos anticoagulantes, como Coumadin (Warfarin), Plavix o Jantovan, deberá consultar con su médico para poder recibir instrucciones específicas sobre en que momento, previo al día y horario de la colonoscopia, deberá dejar de tomar el/los medicamento/s.

SIGA TOMANDO aquellas medicaciones que sean para el corazón, la presión sanguínea, u otras medicaciones que tome regularmente, salvo que su médico le indique lo contrario.

Si usted sigue un régimen de aplicación de Insulina o toma píldoras para la diabetes, consulte con su médico para recibir indicaciones específicas sobre cómo deberá manejar este tema.

**No coma** ningún alimento sólido durante todo el día previo a la colonoscopia. Usted deberá beber muchos líquidos claros/transparentes durante el transcurso del día previo a la colonoscopia. **NO BEBA NINGUNA BEBIDA DE COLOR ROJO o COLOR PÚRPURA/VIOLETA/AZULADA. NO BEBA LECHE, BEBIDAS A BASE DE LECHE NI CREMAS NO-LÁCTEAS. NO BEBA JUGO DE NARANJA NI OTROS JUGOS CÍTRICOS COMO DE TORONJA/POMELO.**

**Usted podrá beber** toda el agua que quiera, así como jugo de manzana y bebidas deportivas (como Gatorade o Powerade) siempre que **NO SEAN ROJAS O VIOLETAS/AZULADAS.** Podrá también beber caldos claros, gaseosas, gelatina (**NO ROJA**), palitos de helado de agua, jugo de uva **BLANCO**, café negro o té.

El día que usted venga a nuestro consultorio para programar la fecha de su colonoscopia nosotros ordenaremos por teléfono a la farmacia su receta del líquido de preparación llamado Go-Lytely. Usted deberá recogerlo **AL MENOS** dos días antes de la fecha de la colonoscopia. Enseguida de llegar a su casa póngalo en la nevera/refrigeradora y de inmediato consulte y siga el resto de las instrucciones que vienen con el Go-Lytely.

Comience a beber la preparación de Go-Lytely a las 12 del mediodía del día anterior a su colonoscopia. Es crucial que usted beba toda la preparación recetada y de la manera que indican las instrucciones. El día anterior asegúrese de variar sus bebidas para **EVITAR** que el agua sea su única fuente de líquidos.

LA NOCHE ANTERIOR NO BEBA NADA DESPUÉS DEL HORARIO DE LA MEDIANOCHE.

Si tiene alguna duda o pregunta puede llamar a nuestra oficina al 336-526-4501

FECHA DE LA COLONOSCOPIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA PREPARACIÓN: \_\_\_\_\_



# Datos de Paciente Nuevo

## Autorización para Divulgar Archivos de Historial Médico

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo y doy permiso a

\_\_\_\_\_

a ceder y divulgar al Departamento Quirúrgico Hugh Chatham los archivos de historial médico asociados a mi persona/ identidad (o a la de mi menor dependiente) abarcando todas mis fichas médicas sobre diagnosis, prognosis y tratamiento, incluido tratamiento psiquiátrico, diagnosis y/o tratamiento para VIH/SIDA o demás enfermedades relacionadas, trastornos de anemia grave, o hepatitis. Yo comprendo que el tipo y alcance de esta información médica a ser divulgada incluye:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comprendo también, que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento mediante presentación de una notificación escrita y firmada por mí al Departamento Quirúrgico Hugh Chatham, con la excepción de toda acción de divulgación y/o cesión que ya haya sido previamente realizada en cumplimiento de esta autorización, durante el período de vigencia previa a recibir una revocación suya. Esta autorización tendrá, si no es antes revocada, una vigencia máxima de 90 días.

Limitaciones Especiales a las Restricciones, si las hay: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma de Padre o Madre o Guardián Legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*