

**Consentimiento para tratamiento**

Al firmar este formulario, yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para recibir tratamiento de parte de los proveedores de Tucson Orthopaedic Institute (TOI).

**Notificación de las normas de pago/ exención de seguro**

Comprendo que TOI presentará una reclamación al seguro a mi nombre, cuando aplique, y mis pagos de beneficios se pagarán directamente a las oficinas médicas. Cualquier balance restante será mi responsabilidad. También comprendo que soy responsable de cualquier cargo por abogados como resultado de cualquier acción de colección por balances en la cuenta. He recibido una copia o he solicitado ver las normas financieras de TOI en la web [www.tucsonortho.com](http://www.tucsonortho.com).

**Autorización para mensajes de voz**

Autorizo a los médicos y miembros del personal de Tucson Orthopaedic Institute a dejar mensajes detallados relacionados con el cuidado de mi salud en mi teléfono de la casa o celular. Es mi responsabilidad asegurar que tengo la correcta información de contacto en los archivos de TOI: **Tel. de la casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

Además, autorizo el uso de **mensajes de texto** de parte de mis proveedores cuando sea necesario para proveer mi tratamiento. Comprendo que los celulares están protegidos por medio de contraseñas, pero no todos los teléfonos son codificados. Se han tomado todas las precauciones para garantizar la seguridad de la información del paciente.

Autorización: \_\_\_\_\_

**Autorización de correo electrónico:**

Estoy proporcionando mi dirección de correo electrónico a TOI con el propósito de obtener autorización para usar el portal cibernético de pacientes y para obtener el beneficio y habilidad de revisar mis archivos y comunicarme con seguridad con el médico y miembros del personal de la oficina:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Esta es la única manera de comunicación electrónica que usaremos en la oficina.**

**Autorización de divulgación de información (familiares y / o amistades)**

Autorizo a TOI a que divulgue y comunique mi información de salud a los siguientes individuos:

<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Número de teléfono</b>

**Reconocimiento de recibo del Aviso de las Prácticas de la Privacidad**

Reconozco recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad de TOI.

Las nuevas leyes de reforma de salud ahora requieren que las oficinas médicas soliciten la siguiente información. La divulgación no es obligatoria, pero puede ser beneficioso y pertinente cuando le proporcionamos servicios de salud de calidad. Esta información es privada y protegida de acuerdo con las leyes federales.

**Idioma preferido:** \_\_\_\_\_

**Raza/Etnicidad:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino                            | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano o latino)                                      |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (no hispano o latino) | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas del Pacífico (no hispano o latino) |
| <input type="checkbox"/> Asiático (no hispano o latino)              | <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska (no hispano o latino)         |
| <input type="checkbox"/> Dos o más razas (no hispano o latino)       | <input type="checkbox"/> No deseo indicar  |

**Nuestra relación**

Valoramos nuestra relación de médico/paciente y basamos nuestras relaciones en el respeto mutuo a nuestros pacientes, proveedores, y personal. Trabajaremos diligentemente para garantizar cumplir con sus necesidades de cuidado de salud con el más alto nivel de profesionalismo; de la misma manera, esperamos que nuestros pacientes también proporcionen el mismo respeto a nuestro personal, y trabajen con nosotros para garantizar cumplimiento de su plan de cuidado de la salud y mantener sus citas.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente y/o tutor legal)

Fecha: \_\_\_\_\_