

Información del Paciente



Razón del Tratamiento:

Proveedor Remitente:

Fecha:

¿Cómo se enteró de nosotros? Proveedor Amigo Otro:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Primero: _____ MI: _____ Apellido: _____

Sexo: M F

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Fecha de Nacimiento:

Seguro Social #:

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico:

Casa #:

Móvil: _____

Licencia de conducir #: _____ Altura: _____ Peso: _____

Ocupación: _____ Trabajo #: _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Raza: Asiático Afroamericano Blanco Otro: _____

Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino Rechazo a declarar

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Compañía de aseguranza primaria: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del titular: _____ Titular Fecha de Nacimiento: _____

Relación del titular con el Paciente: _____ Tipo de plan: HMO PPO POS Medicare

(Si es HMO o POS) IPA/Nombre del grupo: _____ Teléfono de IPA/grupo para autorizaciones: _____

Compañía de aseguranza secundaria: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del titular: _____ Titular Fecha de Nacimiento: _____

Relación del titular con el Paciente: _____ Tipo de plan: HMO PPO POS Medicare

(Si es HMO o POS) IPA/Nombre del grupo: _____ Teléfono de IPA/grupo para autorizaciones: _____

** Para nuestros pacientes: Pedimos a todos los pacientes que muestren sus tarjetas de aseguranza y una identificación con foto **

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Su Perfil de Salud



Nombre del Paciente: _____

POR FAVOR ANOTE TODAS LAS ALERGIAS Y REACCIONES:

HISTORIA DE SALUD:

Cardiovascular <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Derrame cerebral / AIT <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> A-Fib <input type="checkbox"/> Otro: _____	Endocrino <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Híper <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Enfermedad de Graves <input type="checkbox"/> Otro: _____	Neurología <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Miastenia gravis <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Otro: _____	Alergia e inmunología <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> C I D P <input type="checkbox"/> Primaria Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Lupus sistémico Eritematoso <input type="checkbox"/> Otro: _____
Respiratorio <input type="checkbox"/> E P O C <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Otro: _____	Condiciones de la Piel <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Ronchas / Urticaria <input type="checkbox"/> Otro: _____	Musculoesquelético <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación, hormigueo, entumecimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____	Sangre / Inmunológico <input type="checkbox"/> Anemia por deficiencia de hierro <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Otro: _____
Reumatología <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Psoriasis en placa <input type="checkbox"/> Artritis psoriásica <input type="checkbox"/> Otro: _____	Mujeres <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada <input type="checkbox"/> Hiperemesis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Fibromas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> ERGE / reflujo <input type="checkbox"/> Otro: _____	GU / Riñón Crónico Enfermedad <input type="checkbox"/> Etapa 1 <input type="checkbox"/> Etapa 2 <input type="checkbox"/> Etapa 3 <input type="checkbox"/> Etapa 4 <input type="checkbox"/> Diálisis
Psicológico <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresiones <input type="checkbox"/> Otro: _____	Cáncer <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Continuación de su perfil de salud...



Nombre del Paciente: _____

MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS / VITAMINAS

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

Ver Adjunto

CIRUGIAS:

Año:

Descripción:

FUMAR / BEBER

¿Fumador? No Sí ¿Ex fumador? No Sí Pks/día: _____ Edad de dejar: _____

Cigarrillos Cigarro Vape Exposición de segunda mano

¿Beber alcohol? No Sí Tipo: Vino Cerveza Otro Bebidas por semana: _____

¿Drogas recreativas? No Sí Tipo: _____ Frecuencia: _____

¿Dejar? No Sí Edad de dejar: _____

¿Cafeína? Café Té Bebidas energética Cuantos por dia? _____

Continuación de su perfil de salud...



Nombre del Paciente: _____

ALLERGIES

Alérgeno:

Descripción de la reacción:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA FAMILIAR

Madre: Historial médico:

Viva Edad fallecida: _____

Causa:

Padre: Historial médico:

Viva Edad fallecida: _____

Causa:

Póliza Financiera de IFH



Nos gustaría agradecerle por elegir Infusion for health como su proveedor de atención médica. Infusion for Health se compromete a brindarle la mejor atención médica posible. La siguiente información describe sus responsabilidades financieras relacionadas con el pago de servicios profesionales. Al firmar este documento, usted acepta los términos y condiciones descritos en nuestra poliza financiera.

Para Nuestros Pacientes con Beneficios de Aseguranza Médico:

Participamos en la mayoría de los principales planes de salud. Tenemos contratos con muchas PPO, compañías de aseguranzas y agencias gubernamentales, incluido Medicare. Nuestra oficina comercial presentará reclamaciones por cualquier servicio prestado a un paciente que es miembro de uno de estos planes y lo ayudará de cualquier manera que podamos para ayudarlo a obtener sus reclamaciones pagadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir del consultorio. Si tiene aseguramiento secundario, automáticamente presentaremos un reclamo ante ellos tan pronto como el proveedor principal ha pagado. Es posible que su compañía de aseguranzas necesite que proporcione cierta información directamente. Es tu responsabilidad para cumplir con su solicitud.

Traiga su tarjeta de aseguranza al momento de su cita.

Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, pero no tiene una tarjeta de aseguranza con usted, el pago total se requiere cada visita hasta que podamos verificar su cobertura.

Si un paciente es miembro de un plan de aseguranza en el que no participamos, el pago total vence al tiempo de servicio.

Si hay un cambio en su aseguranza, es su responsabilidad informarnos de este cambio de inmediato. La falta de comunicación en el cambio de aseguranza será su responsabilidad y requerirá un pago en su totalidad antes de que se realice el siguiente tratamiento.

Deductible / Coaseguro:

Requerimos el cobro de su deducible o coseguro aplicable, según lo requiera su aseguranza en el tiempo de servicio. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques o las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discover y American Express. Si no tiene el pago acordado, su cita puede ser reprogramada. Esta cantidad se calculará antes de su cita y se cobrará en el momento del servicio. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de ajustar todas las responsabilidades de su seguro, será facturado a usted. **La inscripción en un programa de asistencia para el copago de medicamentos es la única excepción a esta póliza.**

Continuación de Póliza Financiera de IFH PC...



Renuncia a la Responsabilidad del Paciente:

Es póliza de Infusion for Health tratar a todos los pacientes de manera equitativa en relación con los saldos de las cuentas. El consultorio no renunciará, dejará de cobrar o descontará el coseguro, los deducibles u otros beneficios financieros del paciente. Responsabilidades de acuerdo con la ley estatal y federal, así como los acuerdos de participación con los pagadores. La responsabilidad financiera total o parcial solo se puede renunciar de acuerdo con la Caridad / Atención gratuita de la práctica póliza.

Servicios No Cubiertos y Fuera de la Red:

Servicios médicos que su compañía de seguros considera no cubiertos, fuera de la red o no médicaamente necesario será su responsabilidad.

Cambios de Cobertura:

Si su aseguranza cambia, notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados a ayudarlo a recibir los máximos beneficios.

Para Nuestros Pacientes sin Aseguranza Médico:

Si no tiene aseguranza médica grupal o individual, el pago de todos los servicios profesionales se espera en el momento de su visita. Tenga en cuenta que ofrecemos tarifas con descuento para pacientes sin aseguranza médica.

- **OPCIONES DEL PLAN DE PAGO:** Háganos saber si tiene dificultades para pagar su cuenta. Nosotros podemos ayudarlo estableciendo un plan de pago basado en sus dificultades financieras - llame al (800) 369-9165 para obtener ayuda.

Llegadas Tardías:

Un paciente que llega más de 15 minutos después de su cita se considera que llega tarde. A la llegada tardía, no es considerada responsabilidad de Infusion for Health, serás reprogramado en el horario lo antes posible. Si el paciente llega más de 30 minutos tarde, la cita puede ser reprogramado.

Continuación de Póliza Financiera de IFH PC...



No Presentarse a la Cita:

Cualquier paciente que no llegue a una cita programada sin cancelar la cita al menos 24 horas antes de la hora programada se considera una "no presentación". **Por favor espere 24 hrs. para cambiar o cancelar su cita para evitar una tarifa de cancelación de \$50.00 por inyecciones o \$100.00 por infusiones.** Un paciente que no se presenta dos veces a las citas programadas se considera una ausencia crónica. Un paciente que no se presente tres veces puede ser despedido por Infusion for Health.

Nombramiento de saldo moroso:

Los pacientes con un saldo atrasado deben realizar el pago total de los servicios futuros. Cuenta delincuente se define como un saldo del paciente **superior a 120 días** si el paciente no ha realizado ningún pago o buscó ayuda por dificultades económicas durante este tiempo. Si no se realiza dicho pago, los servicios pueden ser rechazados.

Falta de Pago

Todos los saldos responsables del paciente que permanecen en mora después de 90 días, sin respuesta a nuestras solicitudes de pago, puede ser referido a una agencia de cobranza. Tenga en cuenta que si queda un saldo impago, usted y / o sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurre, será se le notifica por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante esos 30 días período, solo podremos atenderlo en caso de emergencia.

Gracias por comprender nuestra póliza financiera. Háganos saber si tiene alguna pregunta o preocupaciones.

Firma: _____

Fecha: _____

Para los pacientes de Medicare, por favor firme el ABN en la página siguiente (página 8).

Si no es un paciente de Medicare, por favor continúe a la página 9

Aseguranza Responsabilidades



Si usted tiene....	Tu eres Responsable	Nuestro Personal
Aseguranza Comercial También conocido como indemnización, aseguranza "regular", cierto % dividido entre pacientes y las compañías de aseguranzas.	Para el pago de la responsabilidad del paciente por todos infusión, inyección o cualquier otro cargo. Este es solicitado en el momento de la visita al consultorio.	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles y coaseguro. Presentar una reclamación de aseguranza como cortesía hacia usted.
Planes PPO con los que tenemos un contrato.	Si los servicios que recibe están cubiertos por el plan: Todos los deducibles y coaseguros aplicables se solicitan en el momento de la visita al consultorio. Si los servicios que recibe no están cubiertos por el plan: El pago total se solicita en el momento de la visita.	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos para usted. Presentar un reclamo de aseguranza en nombre de usted.
Plan de Punto de Servicio o PPO Fuera de la Red	Para el pago de la responsabilidad del paciente- deducible, coaseguros, servicios no cubiertos. Esto se solicita en el momento de la visita.	Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar los beneficios de la red, deducibles, coaseguro y no cubierto servicios. Presentar un reclamo de aseguranza en nombre de usted.
Medicare PPO No estamos contratados con Medicare HMO	Si tiene Medicare regular y no ha cumplido su deducible, esto se solicita en el momento de la visita al consultorio. Calquier servicio no cubierto por el pago de Medicare es solicitado en el momento de la visita. Si tiene Medicare como principal y también tiene aseguranza secundario: No es necesario realizar ningún pago en el momento de la visita. Si tiene Medicare como primario, pero no aseguranza secundario: El pago de su copago del 20% es solicitado en el momento de la visita.	Presentar el reclamo en su nombre, así como cualquier reclamo a suaseguranza secundario.
Sin Aseguranza	Pago íntegro en el momento de la visita.	Trabaje con usted para resolver su cuenta. Pide hablar con el personal de la Oficina de Facturación si necesita asistencia.
Firma: _____	Fecha: _____	

Práctica de Privacidad de HIPAA



Las reglas de privacidad de HIPAA otorgan a las personas el derecho a solicitar una restricción sobre los usos y la divulgación de sus información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene derecho a solicitar información confidencial comunicación o que una PHI de comunicación se realiza por medios alternativos, como el envío correspondencia a la oficina del individuo en lugar del hogar del individuo.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que se me ha informado de la HIPPA regla de privacidad

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación: _____

Infórmenos con quién podemos compartir su información directamente.

Sus registros médicos e información de salud son confidenciales y están protegidos por HIPPA. Tomamos la responsabilidad de proteger seriamente su información médica. No se dará información a ninguna persona a menos que ellos tienen su autorización expresa a continuación: **POR FAVOR MARQUE E INDIQUE NOMBRE (S):**

Poder Notarial Duradero: No Sí Quién: _____

Directiva Anticipada: No Sí

MARCA	RELACIÓN	NOMBRE Y TELÉFONO
<input type="checkbox"/> Sí	Esposo(a)	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Padre	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Guardián	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Hijo	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Pareja	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Otro:	_____

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

MARCA	¿DEJA UN MENSAJE?	MÉTODO	TELÉFONO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de casa	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono móvil	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fax	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro	_____

Consentimiento para el Tratamiento



Nombre del Paciente: _____

Por la presente solicito los servicios de Infusion for Health y doy mi consentimiento para dicho tratamiento. medicamentos, y procedimientos según lo ordenado por mi Proveedor y los asociados de mi Médico a ser proporcionados por Infusion for Health. Acepto que Infusion for Health no es responsable de ningún acto o omisión al seguir las instrucciones de un Proveedor. instrucciones. También entiendo que si necesito ser hospitalizado o necesito servicios especiales durante el transcurso de mi mi atención, que no es proporcionada por Infusion for Health, los servicios y la hospitalización deben ser coordinados por yo, mi tutor / representante legal o mi Proveedor, son mi responsabilidad.

- Cumpliré con todos los procedimientos y tratamientos médicaamente necesarios realizados en el centro.
- Si el saldo de mi cuenta se atrasa y se coloca en una agencia de cobranza o legal, acepto pagar todos los honorarios de abogados o agencias de cobranza asociados con mi cuenta morosa.

Yo, el abajo firmante, doy la autorización a Infusion for Health, para obtener cualquiera de mis registros médicos, enviados por correo o enviado por fax, pertinente a mi condición médica.

Autorización para Probar y Divulgar Información: Por la presente se le notifica de conformidad con la ley de California que paciente de esta instalación, es posible que se le realice una prueba para detectar la presencia del VIH o un anticuerpo contra el VIH sin su consentimiento si algún profesional de la salud u otro empleado de la ciudad tiene una membrana mucosa percutánea o abierta exposición de la herida a su sangre u otros fluidos corporales. Esta prueba está permitida por la ley de California y es para su protección, así como la protección de los Médicos, Enfermeras Practicantes, enfermeras y otros empleados del centro.

Certifico que la información aquí contenida es correcta a mi leal saber y entender. No retendré a mi Proveedor ni a ningún miembros de su personal responsables de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar esta forma.

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación: _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Nombre del Menor: _____

Fecha: _____

Consentimiento para Compartir Datos



Nombre del Paciente: _____

Infusion for Health se esfuerza por crear una visión más holística de la atención al paciente. Para lograr esto, nos hemos asociado con expertos en salud para vincular los datos con una excelente atención clínica. Estos socios de datos nunca venderán la información del paciente, incluso si se eliminan los datos identificativos. Infusion for Health no incluirá sus datos de salud sin su consentimiento, proporcionado a continuación.

Yo, el abajo firmante, autorizo a Infusion for Health a proporcionar mi información médica a nuestros socios de datos con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de la atención. Entiendo que la participación es completamente voluntaria y de ninguna manera afecta mi plan de atención actual.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Renuncia, Liberación e Indemnización



Nombre del Paciente: _____

En consideración a mi solicitud de que Infusion for Health me proporcione tratamientos médicos, terapias de infusión, medicamentos y procedimientos según lo ordenado por mi médico y los asociados de mi médico, por la presente acepto lo siguiente:

- Entiendo que Infusion for Health no proporciona asistencia a pacientes que son parcialmente ambulatorios.
- Acepto estar acompañado por un cuidador, asistente o ayudante para ayudarme a caminar, moverme o realizar cualquier otra actividad física dentro de las instalaciones de Infusion for Health, si se solicita o es necesario por razones de seguridad.
- Entiendo que el propósito de estar acompañado por un cuidador, asistente o ayudante mientras camino, me muevo o realizo actividades físicas es prevenir caídas u otros accidentes similares que puedan causarme lesiones.
- Entiendo que es mi deber y responsabilidad proporcionar información médica pertinente antes de recibir servicios de tratamiento en Infusion for Health. La falta de información precisa sobre mi estado de salud podría afectar negativamente mi atención y tratamiento.

En consideración a mi solicitud de que Infusion for Health me proporcione tratamientos, medicamentos y procedimientos según lo ordenado por mi médico y los asociados de mi médico mientras me encuentro en las instalaciones de Infusion for Health, y en la medida permitida por la ley aplicable, por la presente acepto indemnizar, defender, eximir de responsabilidad y liberar para siempre a Infusion for Health, así como a sus accionistas, miembros, directores, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y todas las demás personas que actúen en su nombre, bajo su dirección o en conjunto con ellos ("Liberados"), de cualquier y toda reclamación, demanda, acción, causa de acción, obligación, daño, responsabilidad, pérdida, costo o gasto, incluidos honorarios de abogados ("Reclamaciones"), que surjan o estén relacionados con la recepción de mis servicios de tratamiento en Infusion for Health, al caminar, moverme o participar en cualquier actividad física dentro de sus instalaciones, y que sean sufridos o incurridos por mí, mis representantes legales, cesionarios, beneficiarios, tutores, sucesores o herederos, ya sea que dichas reclamaciones sean causadas por un acto negligente u omisión de los Liberados o de otra manera, incluyendo conducta imprudente, y sin importar si dichas reclamaciones se basan en responsabilidad civil, incumplimiento de contrato, derechos estatutarios, principios legales o equitativos.

Renuncia, Liberación e Indemnización



Nombre del Paciente: _____

Por la presente, me comprometo y acepto no iniciar ni presentar, ya sea de manera individual o en nombre de cualquier otra persona y/o entidad, ninguna acción o procedimiento contra los Liberados basado en las Reclamaciones que son objeto de esta Liberación.

Si cualquier persona, incluido el abajo firmante, es menor de edad, entonces su padre/madre con custodia o su tutor legal acepta y aprueba por la presente esta Liberación en nombre de dicho menor.

HE LEÍDO DETENIDAMENTE ESTA DISPOSICIÓN DE LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y COMPRENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTA ES UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO ENTRE MÍ Y LOS LIBERADOS, Y LO FIRMO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Folletos para Pacientes



Nombre del Paciente: _____

He recibido una copia de los folletos para pacientes que contienen: y/o

Se me ha proporcionado la dirección del sitio web de la instalación que contiene:

- Aviso de Privacidad de HIPAA
- Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Planificación de Emergencias, Seguridad en el Hogar, Control de Infecciones
- Tomando Decisiones sobre su Atención Médica
- Presentación de Quejas/Reclamaciones

He recibido instrucciones sobre los medicamentos administrados. He recibido material de marketing de la instalación e información sobre el alcance de sus servicios. He recibido instrucciones sobre cómo hacer seguimiento con Infusion for Health.

Entiendo que puedo presentar una queja sin temor a represalias, discriminación o interrupción injustificada del servicio. Para presentar una queja, llame al (805) 719-3700 y hable con el servicio de atención al cliente. Si su queja no se resuelve a su satisfacción dentro de 5 días hábiles, puede iniciar una queja formal por escrito y enviarla a la Dirección. Puede esperar una respuesta por escrito dentro de 14 días hábiles a partir de la recepción.

Entiendo que también puedo realizar consultas o presentar quejas sobre esta instalación llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE o a la Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud (ACHC) al (919) 785-1214.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Si el Beneficiario No Puede Firmar:

Firma del Testigo: _____

Relación del Testigo : _____

Razón por la cual el paciente no puede firmar: _____