



(347) 378-8010

Paciente Demográfico Formulario # 1

Último Nombre _____ de pila Nombre _____ MI _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: **Masculino/
Mujer/Otra**

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Inicio _____ Móvil _____ Trabajo _____

Correo electrónico _____

Cónyuge Información:

Apellido Nombre Inicial _____ del segundo nombre _____ Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____ Cónyuge Social Seguridad Número _____

Cónyuge Empleador _____ Teléfono _____ Dirección _____

Seguro Información:

Identificación del seguro primario _____ # _____ Suscriptor _____

Secundario Seguro _____ IDENTIFICACIÓN # _____ Suscriptor _____

Contacto de emergencia: _____ 2do Emergencia Contacto: _____

Relación: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

3º Emergencia Contacto: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

I por la presente autorizar Norte Ciudad Médico, es representantes, médicos, y personal, a compartir cualquier y todo médico y información financiera con las personas mencionadas anteriormente:

X _____ Fecha: _____

Firma de paciente o del paciente representante

Nuevo Paciente Médico Historia Forma

Paciente Nombre _____ Fecha _____

Previo Primario Cuidado Proveedor _____ Último Oficina Visita _____

Anterior Especialistas Nombre/Teléfono _____

Hacer tú tener un "Avanzado Directiva" o "Durable Fuerza de Abogado"? _____ Si entonces, por favor proporcionar a Copiar.

Pasado Médico Historia : Por favor controlar cualquier eso aplicar y nota el fecha si conocido.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Auricular Fibrilación | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> migrañas |
| <input type="checkbox"/> Ácido Reflujo/acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Sangre Coágulos/Sangrado Trastornos | <input type="checkbox"/> Ojo Trastornos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Angina/ Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> ACV/ Ataque | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | <input type="checkbox"/> Riñón Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Alto Sangre Presión | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> enfermedad de Crohn Enfermedad/Colitis | <input type="checkbox"/> Irritable Intestinos | <input type="checkbox"/> Tiroides Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Corazón Enfermedad/ Ataque/Fallo | <input type="checkbox"/> Hígado Enfermedad | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ | Año _____ | de tratamiento _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Pasado Quirúrgico Historia:

Procedimiento	Año	Procedimiento	Año	Procedimiento	Año
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Gástrico Derivación		<input type="checkbox"/> Cesárea Sección	
<input type="checkbox"/> Angioplastia con/ Stent		<input type="checkbox"/> Cadera Reemplazo		<input type="checkbox"/> D y do	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Rodilla Reemplazo		<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> Artroscópica Rodilla		<input type="checkbox"/> Hígado Biopsia		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> Atrás Cirugía		<input type="checkbox"/> ORIF/ Cadera Fractura		<input type="checkbox"/> Mama Biopsia	
<input type="checkbox"/> CABG/ Derivación		<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> Prostatectomía	
<input type="checkbox"/> De mano Túnel		<input type="checkbox"/> Intestino Resección		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Catarata		<input type="checkbox"/> Tiroidectomía		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Hiel Vejiga		<input type="checkbox"/> Amigdalectomía		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Colostomía		<input type="checkbox"/> Tubal Ligadura		<input type="checkbox"/> Otro	

Pasado Diagnóstico Historia:

Fecha del procedimiento	del procedimiento	Fecha del procedimiento	del procedimiento
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Cardíaco Estrés Prueba	
<input type="checkbox"/> Densidad ósea		<input type="checkbox"/> Cardíaco Cateterismo	
<input type="checkbox"/> Mamografía		<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	
		<input type="checkbox"/> Ojo Examen	
		<input type="checkbox"/> Papilla Frotis	
		<input type="checkbox"/> Anuncio de servicio público	

Medicamentos:

Qué es su privilegiado ¿farmacia? _____ Teléfono # _____

Hacer tú usar a píldora ¿organizador? SÍ/ NO

Controlar aquí si tú tener NO MEDICAMENTO ALERGIAS

Por favor enumerar todo medicamento ALERGIAS.

MEDICAMENTO	REACCIÓN	MEDICAMENTO	REACCIÓN
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

Por favor lista todo prescripción medicamentos y cantidad de dosis:

Medicamentos	Dosificación y instrucciones
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Por favor enumerar todo vitaminas, suplementos y otro encima el encimera productos:

Vitaminas/OTC	Dosificación y instrucciones
1.	
2.	
3.	
4.	

Familia Historia:

Controlar aquí si tú eran adoptado

Por favor controlar si cualquier familia miembro tiene alguna vez tenía cualquier de el siguiente condiciones. Incluir información incluso si el La persona ha fallecido.

Enfermedad	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuelos	Otro
CANALLA/ Corazón Enfermedad						
Corazón Enfermedad antes edad 50						
Cáncer: Tipo						
Cáncer: Tipo						
ACV/ Ataque						
Diabetes						
Alto Colesterol						
Alto Sangre Presión						
Depresión/ Ansiedad						
Osteoporosis						
Glaucoma						
Macular Degeneración						

Social Historia:

Marital Estado: Casado Soltero Divorciado Viuda _____

Número de niños: _____ Entrada/Salida de hogar

Niños:

Nombre	Edad	Salud Estado	Vivir ¿Cercano?	Teléfono #

Empleador y ocupación: _____ Actual Jubilado Año: _____

_____ Servicio Militar: Sí Sin combate: Sí No

Ejercicio: ¿Qué tipo de ejercicio? ¿ _____ Cuántos días a la semana?

_____ ¿Alcohol ? Uso: Nunca Rara vez ¿Tipo frecuente de alcohol? _____

Cómo muchos bebidas por ¿día? ____ ¿Por semana? _____

Consumo de tabaco: Nunca Ex Actual ¿Tipo de tabaco consumido? ¿ _____

_____ Edad de inicio del consumo? _____ Año de abandono _____

¿Paquetes por día? _____

¿Abuso de drogas ilícitas o recetadas? Nunca Ex Actual

Si es así, ¿tipo? ¿ ____ Fecha del último uso? _____

Cualquier historia de sexualmente transmitido ¿enfermedad? Sí No _____

Vacunación Historia:

Fecha	de la vacuna	Fecha de la vacuna	
<input type="checkbox"/> Hepatitis A		<input type="checkbox"/> Influenza	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (3 serie de disparos)		<input type="checkbox"/> Vacuna contra el neumococo 23	
<input type="checkbox"/> Tétanos (Td)		<input type="checkbox"/> Prevnar 13	
<input type="checkbox"/> Tétanos & Tos ferina (Tdap)		<input type="checkbox"/> Herpes Herpes zóster/culebrilla	

Norte Ciudad Médico Múltiple Consentir Forma

Paciente Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de identificación personal: _____

Aviso de Salud Información Prácticas:

Reconozco que se me ha entregado una copia del "Aviso de "Prácticas de información de salud". He leído y comprendido la información. contenido en el documento. I también entender eso si I tener cualquier preguntas I puede llamar mi del médico oficina gerente Para aclaración.

incógnita

S i gram o norte a tú o mi o F PAG a ti mi norte el o o PAG a el i mi norte esos R mi pag o mi s mi norte ejército de reserva ...

Consentir a Dejar Mensajes:

I por la presente autorizar Norte Ciudad Médico, es representantes, médicos, y personal a dejar mensajes relacionado a mi cuidado de la salud en una grabadora en el(los) siguiente(s) número(s) de teléfono:

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

I también autorizar Norte Ciudad Médico, es representantes, médicos y personal, a compartir cualquier y todo médico y financiero información con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

incógnita

S i gram o norte a tú o mi o F PAG a el es decir norte el o o PAG a el i mi norte el s R mi pag o mi s mi norte ejército de reserva ...

Foto Consentir:

Este consentir es para el objetivo de capturando su fotografía a ser adjunto a su cuadro.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier tiempo, notificando a North City Medical por escrito. Sin embargo, si Elijo hacerlo y entiendo que mi revocación no afectará ninguna acción tomada por North City Medical antes de recibir mi revocación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afecta de ninguna manera mi tratamiento, pago e inscripción. en a salud plan o elegibilidad para beneficios. I por la presente autorizar Norte Ciudad Médico y su personal a captura mi fotografía para adjuntar a mi cuadro.

incógnita

S yo norte a el tú o mi o F PAG a el es decir norte el o o PAG a el i mi norte el s R mi pag o mi s mi norte el a el ...

Relación a Paciente _____

Norte Ciudad Médico Autorización para Liberar de Salud Información

Paciente Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Social Seguridad Número _____ MRN# _____

1. I autorizar el usar o divulgación de el arriba nombrado del individuo información de salud como descrito abajo.
2. El siguiente médico o organización es autorizado a hacer el divulgación: 3.

Nombre: _____

_____ Dirección: _____ Teléfono _____

_____ Fax _____

4. Este información puede ser liberado a y usado por el siguiente organización:

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

5. El tipo y cantidad de información a ser liberado:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Completo Médico Registro | <input type="radio"/> Inmunización Registro | <input type="radio"/> Problema Lista |
| <input type="radio"/> Médico Progreso Notas | <input type="radio"/> Laboratorio Informes | <input type="radio"/> Hospital Archivos |
| <input type="radio"/> Lista de Alergias | <input type="radio"/> Medicamento Lista | <input type="radio"/> Diagnóstico Pruebas Informes |
| <input type="radio"/> radiografía Informes | <input type="radio"/> ECG | <input type="radio"/> Mayoría Reciente 5 año Historia |
| <input type="radio"/> Problema Lista | <input type="radio"/> Consulta Informes | <input type="radio"/> Descargar Resumen |
| <input type="radio"/> Otros _____ | | |

6. A menos que de lo contrario proporcionó por ley, archivos y información sobre el siguiente tipos de diagnósticos, cuidado y El tratamiento se realizará únicamente si indico mi consentimiento específico marcando la casilla correspondiente:

Droga/ Alcohol Abuso Mental Salud Notas VIH/ SIDA Genético Pruebas

7. Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si deseo retirar esta autorización debo hacerlo por escrito. Debo presentar mi cancelación por escrito al departamento de gestión de información de salud. Entiendo que el retiro de la autorización no se aplicará a la información que ya se haya divulgado debido a este autorización. I entender eso el cancelación voluntad no aplicar a mi seguro compañía cuando el ley proporciona a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se cancele de otra manera, esta autorización expirará en la fecha siguiente ___. Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización caducará en seis meses.
8. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre el divulgación de mi salud información, I poder contacto mi del médico oficina gerente. I entender eso allá puede Se cobrará un cargo por los costos asociados con la copia de mi información de salud.

incógnita

Firma de Paciente / Legal Representante (Especificar Relación con Paciente)

Fecha



Aviso de Salud Información Prácticas

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO

Su Derechos

Tú tener el bien a:

- Conseguir a Copiar de su papel o electrónico médico registro
- Correcto su papel o electrónico médico registro
- Pedido confidencial comunicación
- Preguntar a nosotros a límite el información nosotros compartir
- Conseguir a lista de aquellos con a quien nosotros hemos compartido su información
- Conseguir a Copiar de este privacidad aviso
- Elegir alguien a acto para tú
- Archivo a queja si tú creer su privacidad derechos tener estado violado

Su Opciones

Tú tener alguno opciones en el forma eso nosotros usar y compartir información como nosotros:

- Decir familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar desastre alivio
- Incluir tú en a hospital directorio
- Proporcionar mental salud cuidado
- Mercado nuestro servicios y vender su información
- Aumentar fondos

Nuestro Usos y Divulgaciones

Nosotros puede usar y compartir su información como nosotros:

- Tratar tú
- Correr nuestro organización
- Factura para su servicios
- Ayuda con público salud y seguridad asuntos
- Cumplir con el ley
- Responder a órgano y tejido donación solicitudes
- Trabajar con a médico examinador o funeral director
- DIRECCIÓN trabajadores compensación, ley aplicación, y otro gobierno solicitudes
- Responder a demandas y legal comportamiento

Su Derechos

Cuando él llega a su salud información, tú tener cierto derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Conseguir un electrónico o papel Copiar de Tu médico registro

- Tú poder preguntar a ver o conseguir un electrónico o papel Copiar de su médico registro y otra salud información. Tenemos información sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros voluntad proporcionar a Copiar o a resumen de su información de salud, generalmente dentro de 30 días de su pedido. Nosotros puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Preguntar a nosotros a correcto su médico registro

- Tú poder preguntar a nosotros a correcto salud información acerca de tú eso tú pensar es incorrecto o incompleto. Preguntar a nosotros cómo Para hacer esto.
- Nosotros puede decir "No" a su pedido, pero Bueno decir tú por qué en escribiendo dentro de 60 días.

Solicitud confidencial comunicaciones

- Tú poder preguntar a nosotros Para contactar tú en a específico forma (para ejemplo, hogar o oficina teléfono) o a enviar correo a a dirección diferente .
- Nosotros voluntad decir "Sí" a todo razonable solicitudes.

Preguntar a nosotros a límite qué nosotros usar o compartir

- Tú poder preguntar a nosotros no a usar o compartir cierto salud información para tratamiento, pago, o nuestro operaciones. Nosotros son no requerido a aceptar a su pedido, y nosotros puede decir "No" si él quería afectar tu cuidado.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no lo compartamos esa información para el propósito de pago o nuestro operaciones con su aseguradora de salud. Nosotros voluntad decir "sí" a menos que a ley requiere nosotros para compartir esa información.

Conseguir a lista de aquellos con a quien nosotros hemos compartido información

- Tú poder preguntar para a lista (contabilidad) de el veces nosotros hemos compartido su salud información para seis años previo a la fecha que preguntas, con quién lo compartimos y por qué.
- Nosotros voluntad incluir todo el divulgaciones excepto para aquellos acerca de tratamiento, pago, y salud cuidado operaciones, y cierto otras divulgaciones (como cualquier tú nos pidió que Nosotros te proporcionaremos una contabilidad a año para gratis pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Conseguir a Copiar de este privacidad aviso

Tú poder preguntar para a papel Copiar de este aviso en cualquier tiempo, incluso si tú tener acordado a recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Elegir alguien a acto para tú

- Si tú tener dado alguien médico fuerza de abogado o si alguien es su legal guardián, que persona Puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nosotros voluntad hacer seguro el persona tiene este autoridad y poder acto para tú antes nosotros llevar cualquier acción.

Archivo a queja si tú sentir su derechos son violado

- Tú poder quejarse si tú sentir nosotros tener violado su derechos por contactando a nosotros usando el información en página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando a carta a 200 Independencia Avenida, SUDOESTE, Washington, corriente continua 20201, vocación 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Nosotros voluntad no tomar represalias contra tú para presentación a queja.

Su Opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo... nosotros compartir su información en el situaciones descrito abajo, hablar a a nosotros. Decir a nosotros qué tú desear a nosotros a hacer, y nosotros Seguiré tus instrucciones.

En estos casos, tú tener ambos el bien y elección a decir a nosotros a:

- Compartir información con su familia, cerca amigos, o otros involucrado En tu cuidado
- Compartir información en a desastre alivio situación
- Incluir su información en a hospital directorio

Si tú son no capaz a decir a nosotros su preferencia, para ejemplo si tú son inconsciente, nosotros puede ir adelante y compartir su información si la creemos es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos nosotros nunca compartir su información a menos que tú dar a nosotros escrito permiso:

- Marketing propósitos
- Venta de su información
- La mayoría de los compartidos de psicoterapia notas

Nuestro Usos y Divulgaciones

Cómo hacer nosotros típicamente usar o compartir su salud ¿información?

Nosotros típicamente usar o compartir su salud información en el siguiente maneras.

Tratar tú

Nosotros poder usar su salud información y compartir él con otro profesionales OMS son tratando tú.

Ejemplo: A doctor tratando tú para un lesión pregunta otro doctor acerca de su en general salud condición.

Correr nuestra organización

Nosotros poder usar y compartir su salud información a correr nuestro práctica, mejorar su cuidado, y contacto tú cuando sea necesario.

Ejemplo: Nosotros usar salud información acerca de tú a administrar su tratamiento y servicios.

Factura para su servicios

Nosotros poder usar y compartir su salud información a factura y conseguir pago de planes de salud o otro entidades.

Ejemplo: Nosotros dar información acerca de tú a su salud seguro plan entonces él voluntad pagar para su servicios .

Cómo demás poder nosotros usar o compartir su salud ¿información?

Nosotros son permitido o requerido a compartir su información en otro maneras – generalmente en maneras eso contribuir a el bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en La ley nos permite compartir su información para estos fines. Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html .

Ayuda con público salud y seguridad asuntos

Podemos compartir salud información acerca de tú con certeza situaciones semejante como:

- Previendo enfermedad
- Ración con producto recuerda
- Informes adverso reacciones a medicamentos
- Informes sospechoso abuso, negligencia o doméstico violencia
- Previendo o reduciendo a una seria amenaza para de cualquiera salud o seguridad

Cumplir con el ley

Nosotros voluntad compartir información acerca de tú si estado o federal leyes requerir él, incluido con el Departamento de Salud y

Humano Servicios si él quiere a ver eso eran cumpliendo con federal privacidad ley.

Responder a órgano y tejido donación solicitudes

Nosotros poder compartir salud información acerca de tú con órgano obtención organizaciones.

Trabajar con a médico examinador o funeral director

Nosotros poder compartir salud información con una juez de instrucción, médico examinador, o director de funeraria cuando un individual muere.

DIRECCIÓN trabajadores compensación, ley aplicación, y otro gobierno solicitudes

Nosotros poder usar o compartir salud información acerca de tú:

- Para trabajadores compensación reclamos
- Para ley aplicación propósitos o con a ley aplicación oficial
- Con salud vigilancia agencias para actividades autorizado por ley
- Para especial funciones gubernamentales semejante como militar, nacional seguridad, y presidencial protector servicios

Responder a demandas y legal comportamiento

Nosotros poder compartir salud información acerca de tú en respuesta a a corte o administrativo orden, o en respuesta a una citación.

Nuestro Responsabilidades

- **Nosotros son requerido por ley a mantener el privacidad y seguridad de su protegido salud información.**
- **Nosotros voluntad dejar tú saber inmediatamente si a incumplimiento ocurre eso puede tener comprometida el privacidad o seguridad de Su información.**
- **Nosotros debe seguir el deberes y privacidad prácticas descrito en este aviso y dar tú a Copiar de él.**
- **Nosotros voluntad no usar o compartir su información otro que como descrito aquí a menos que tú decir a nosotros nosotros poder en escribiendo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.**

Para más información ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html .

Cambios a el Términos de este Aviso

Nosotros poder cambiar el términos de este aviso, y el cambios voluntad aplicar a todo información nosotros tener acerca de tú. El nuevo El aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Norte Ciudad Médico

Nuevo Paciente Encuesta

Cómo hizo tú escuchar acerca de ¿a nosotros?

Nosotros son muy feliz eso tú son aquí con a nosotros ¡hoy! Agradecer tú para intercambio con a nosotros cómo tú aprendió acerca de Norte Ciudad Médico.

Nombre: _____

¿Aprendió acerca de Norte Ciudad Médico de (controlar como muchos como puede aplicar):

A amigo o familia miembro: _____ Nombre de referente paciente: _____

Seguro plan o corredor: _____ Nombre del plan: _____

Un Norte Ciudad Médico empleado: _____ Nombre de empleado: _____

A remisión de otro médico: _____ Nombre del médico: _____

En línea: _____ Nombre de sitio web: _____

Un anuncio publicitario:

KMOX radio _____

KPTS radio _____

Directo Correo _____

Post-despacho papel _____

Sitio web de Post-Dispatch _____

Seminario _____

Otro _____

Cualquier otro fuente no listado: _____



INSTALACIÓN CONTACTO AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: _____

I autorizar el Norte Ciudad Médico equipo a acceso mi registros médicos y comunicarme con médicos y personal de cualquier centro de atención médica, incluidos los centros de salud mental, con el fin de gestionar mi atención mientras estoy internado.

incógnita

Firma de paciente o del paciente representante

Fecha: _____