



# ORTHOPAEDIC AND SPINE INSTITUTE

## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS:** Yo, de manera voluntaria, autorizo recibir una evaluación diagnóstica, estudios de diagnóstico, medicamento, cuidados de enfermería y/o de terapia que mi médico o las personas designadas por él/ella, determinen que sean necesarios. Al firmar esta autorización, yo también reconozco que puedo ser enviado(a) por mi médico o las personas designadas por él/ella a unas instalaciones médicas en donde tengan un interés de propietario. También reconozco y estoy de acuerdo que al ofrecerme cuidados médicos, mi médico y sus designados pueden escoger productos en los cuales tengan un interés de propietario. Yo entiendo que tengo la opción de escoger las instalaciones médicas y/o productos que se usarán para proporcionarme tratamiento para mi condición(es). Yo entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada después de que se me examine o reciba tratamiento en esta instalación médica.

**USO DE LOS EXPEDIÉNTES MÉDICOS EN INVESTIGACIONES:** Yo autorizo el uso de mis expedientes médicos para investigaciones médicas externas o científicas. Al recolectar esta información de mi expediente médico, los investigadores aprenden sobre mejores y nuevas maneras para diagnosticar y tratar padecimientos. Los resultados de las investigaciones no revelarán su identidad al proporcionar su nombre o cualquier otra característica de identidad personal. No habrá fecha de vencimiento para esta autorización, pero puede ser revocada o restringida por mí por escrito en cualquier momento que lo desee. Usted puede informarnos que está en desacuerdo con el uso de mi expediente médico para este propósito al marcar con una cruz (x) /tachar este párrafo y al escribir sus iniciales en el margen del lado izquierdo.

**AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS:** Yo autorizo que tomen fotografías como documentación para el expediente médico y para el uso de imágenes fijas, videos o cintas de video referentes al cuidado del paciente para propósitos educativos, tomando en cuenta que mi identidad no será revelada.

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:** Yo autorizo la revelación de información sobre mi condición médica a mi persona y a mi médico de cabecera o personal de oficina involucrados con el tratamiento que estoy recibiendo en este momento. Yo entiendo que puedo ser contactado(a) por un representante de oficina que está llevando a cabo un estudio o análisis de calidad de la atención médica y que la información de mi expediente médico está disponible a dicho representante.

**AUTORIZACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:** Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan a “Orthopaedic & Spine Institute” y a cualquier médico afiliado a los servicios que me fueron proporcionados. Yo autorizo a este consultorio que se le envíe a Medicare y a otros seguros de accidente o seguros médicos, mi información médica y financiera si es necesaria para tramitar los reclamos, para investigación de fraude, o para estudios o análisis de calidad de la atención médica. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización para enviar información en cualquier momento notificando al consultorio por escrito, pero tal anulación no se aplicará a información que ya ha sido revelada.

**PRE-CERTIFICACIÓN/PREVIO ACUERDO DE AUTORIZACIÓN:** Yo entiendo que soy responsable de cumplir con las normas y reglamentos de mi compañía de seguros en cuanto a pre-certificación y requisitos de autorizaciones previas.

GARANTÍA DEL PAGO DE LA CUENTA: Yo estoy de acuerdo en pagarle a “Orthopaedic & Spine Institute” por todos los cargos que no fueron cubiertos por cualquier tercero responsable de los pagos.

---

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL      PARENTESCO/RELACIÓN JURÍDICA      FECHA**

NOTA: Esta autorización debe ser firmada por el/la paciente, a menos que el/la paciente es un menor de edad y no pueda firmar debido a un impedimento mental o físico.

RAZÓN POR LA CUAL EL/LA PACIENTE NO PUEDE FIRMAR: \_\_\_\_\_