

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

Patient Information

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____

SSN: _____ Gender/ Género: Male/ Varón Female/ Hembra

Phone/Teléfono: _____ Email: _____

Street Address/ Dirección: _____ Unit/ Unidad: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Employer/Empleador: _____ Occupation/Oficio: _____

Employer Contact/Contacto de trabajo: _____ Employer Phone/Numero de trabajo: _____

Employer Address/Dirección de trabajo: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Emergency Contact/Contacto de Emergencia: _____ Phone/Teléfono: _____

Consentimiento para recibir tratamiento

Por la presente solicito y acepto voluntariamente la prestación de servicios médicos por Injury Care Associates, LLC, incluyendo a sus empleados y otros proveedores de servicios afiliados con Injury Care Associates, LLC. Doy mi consentimiento para la prestación de procedimientos y / o servicios auxiliares, que pueden ser administrados o realizados por los empleados de la clínica bajo la instrucción general o específica de mi médico o las personas que él designe. Reconozco que no se han implicado ni se me han otorgado garantías en cuanto a los resultados de mi tratamiento o el resultado de los servicios prestados por Injury Care Associates, LLC.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Autorización para el uso y divulgación de información médica

Para los pacientes que soliciten evaluaciones físicas relacionadas con el empleo, pruebas de drogas o alcohol, otros servicios de Salud Ocupacional o Compensación Laboral que realizará Injury Care Associates, LLC. Autorizo a Injury Care Associates, LLC y sus prácticas afiliadas a utilizar y divulgar a mi empleador o posible empleador la información de salud y los resultados sobre mí adquiridos en el curso de mi evaluación o prueba. La información que se utilizará y divulgará puede incluir registros médicos, registros de tratamiento, registros quirúrgicos, registros de diagnóstico, registros psiquiátricos y / o psicológicos, información relacionada con el consumo de drogas o alcohol en el pasado o el presente, o lesiones previas relacionadas con el trabajo. También autorizo a Injury Care Associates, LLC a divulgar los resultados de las pruebas a los que he enviado; pruebas de drogas y alcohol u otras pruebas de diagnóstico. La información obtenida a lo largo de mi evaluación también puede ser reportada a cualquier agencia regulatoria autorizada, incluyendo pero sin limitarse a: el Departamento de Transporte, la División de Compensación para Trabajadores del Estado de Colorado, el Departamento de Salud Pública del Estado de Colorado u otras agencias gubernamentales como requerido por la ley.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Divulgación de HIPAA

Me han proporcionado y leído el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA para Injury Care Associates, LLC. Doy mi consentimiento para permitir que mi Información de salud protegida (PHI) y otra información recopilada por Injury Care Associates, LLC se use de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que me han proporcionado.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha