Injury Care Associates

www.injurycareco.com

Patient Information

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

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

Phone/*Teléfono*: _____ Email: _____

Street Address/ *Dirección*: _____ Unit/ *Unidad*: _____

City/*Ciudad*: _____ State/*Estado*: _____ Zip Code/*Codigo Postal*: _____

Employer/*Empleador*: _____ Occupation/*Oficio*: _____

Employer Contact/*Contacto de trabajo*: _____ Employer Phone/*Teléfono de trabajo*: _____

Employer Address/*Dirección de trabajo*: _____

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

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

Consentimiento voluntario

Solicito y doy mi consentimiento de forma voluntaria para la evaluación, el examen, las pruebas, los procedimientos, la recolección de muestras y/o los servicios auxiliares que realizará Transcend Medical LLC, que opera bajo el nombre de Injury Care Associates, incluidos sus empleados, consultorios afiliados, personas designadas y otros proveedores de servicios ("ICA"). Entiendo que:

- Este servicio es solicitado y pagado por mi empleador o posible empleador. ICA lo realiza para el empleador, no con el fin de brindarme tratamiento.
- Este servicio no crea una relación continua de proveedor tratante entre ICA o sus proveedores y yo. Como resultado de este servicio, ICA no me brindará atención médica continua, no me recetará tratamiento ni manejará ninguna condición de salud.
- Los resultados o hallazgos se informarán a mi empleador o a su representante designado. Si mi servicio es un examen o una prueba del DOT u otro examen o prueba regulado a nivel federal, los resultados también se informarán a las agencias que exijan los reglamentos aplicables, como el Registro Nacional de Examinadores Médicos Certificados de la FMCSA o la Administración Federal de Aviación. Estos informes son obligatorios por ley y se realizan aunque yo no esté de acuerdo.
- Puedo rechazar la evaluación o la prueba. Si lo hago, es posible que ICA no pueda completar el servicio ni divulgar los resultados, y mi empleador decidirá lo que sigue. Para pruebas de drogas y alcohol: Entiendo que negarme a hacerme la prueba o alterar una muestra puede considerarse una negativa según las normas que se aplican a mi prueba y puede informarse a mi empleador.
- ICA no puede garantizar ningún resultado o desenlace en particular. Las decisiones sobre mi empleo las toma mi empleador, no ICA. Para los exámenes del DOT y otros exámenes certificados, la determinación médica de si cumplo con las normas médicas aplicables la toma el examinador conforme a los reglamentos que correspondan.
- Si un proveedor observa un hallazgo que pueda requerir atención médica, el proveedor puede informármelo para que yo le dé seguimiento con mi propio proveedor de atención médica. Debo consultar a mi propio proveedor de atención médica para cualquier inquietud médica y tratamiento.
- Solo para pruebas de drogas y alcohol: Un Oficial de Revisión Médica (MRO, por sus siglas en inglés) puede comunicarse conmigo para revisar un resultado, incluso para preguntarme sobre los medicamentos que tomo. La recolección de muestras y las pruebas seguirán los procedimientos que se aplican a mi prueba, incluidas las normas del DOT si la prueba está regulada por el DOT.

Firma del paciente o representante: _____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a HIPAA de Injury Care Associates. Entiendo que describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud y explica mis derechos, y que el aviso vigente también está publicado en la clínica, disponible a solicitud y disponible en www.injurycareco.com.
La firma constituye un acuse de recibo y no es una condición para recibir tratamiento.

Firma del paciente o representante: _____