

Alliance Medical Center, PC
610 Peachtree Parkway, Ste 201
Cumming, GA 30041
Tel: 770-888-2733
Fax: 770-888-2741

David A. Ragan, DO, MPH
Board Certified in Family Practice
& Occupational Medicine

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN FISICO Y/O
TRATAMIENTO Y AUTORIZACION PARA DAR
INFORMACION MEDICA

Nombre del paciente: _____ # del Seguro Social: _____
Pila Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Direccion del Paciente _____
#y Nombre de la Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono del Paciente _____ Ocupacion _____

En Caso de Emergencia, favor Coontactar a _____ Telefono _____

Direccion de la Compania y/o lugar de Trabajo: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Fecha de la Lesion: _____ Area de la Lesion: _____
(Pierna/Espalda/Dedo, etc Derecho/ Izquierdo)

Favor describir como ocurrio la lesion (Que trabajo estaba hacienda cuando se lesiono.): _____

Yo, el suscrito, aqui autirizo a cualquier clinica del Alliance Medical Center, sus medicos, empleados o agents, cualquier hospital o laboratorio designado por el Alliance Medical Center, para hacer un examen fisico y/o tratamiento medico que se considerara necesario por el medico encargado del tratamiento. Esto incluye, pero no se limita a ezamenes requeridos por el medico, exámenes de rayos X, procedimientos medicos, y cualquier examen medico, diagnostico o de laboratorio.

Igualmente, autorizo al Alliance Medical Center dar a mi empleador (sihubiera una lesion relacionada con Compensacion Laboral, o examenfisico de la compania), a una compania de Seguros, y/o a cualquier tercera Persona pagadora, toda informacion medica, resultados de exámenes y hallazgos hechos durante el curso de este examen y/o tratamiento. Esto incluye pero no se limita al historial medico, informacion sobre el tratamiento, resultados de laboratorio y diagnostico y hallazgos del examen fisico. Entiendo que se hara todo esfuerzo para mantener en confidencia esta informacion.

Al firmar este formulario de autorizacion, entiendo que he leído detenidamente, o que alguien me lo ha leído y/o explicado, y que entiendo totalmente su contenido, y que se me ha dado una amplia oportunidad para hacer preguntas, y que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Firma de Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha