

Aspen Family Medicine at Green Valley Ranch


PHYSICIAN CARE
4809 Argonne Street, Suite 150
Denver, CO 80249
(303) 563-2784 (p) / (303) 563-2781 (f)

Consentimiento Para Cuidado Medico
(lea y firme por favor)

Nombre del paciente _____

Yo, _____, el(la) infrascrito(a), consiento al siguiente tratamiento:

- Administració y provisión de todos los tratamientos
- Administracion de cualquier anestético necesario
- Provisión de cualquier intervención que la doctora juzgue necesario o recomendable para el tratamiento
- Uso de medicina recetada por la doctora
- Intervenciones diagnósticos, pruebas de análisis y cultivos
- Pruebas de laboratorio médicamente aceptados que sean consideradas médicamente necesarios o recomendables basados en el juicio de la doctora que lo atiende

Entiendo por complete que éste consentimiento está dada antes de tener una diagnóstico o tratamiento específico.

Entiendo que el consentimiento seguirá en efecto incluso después de que se haya hecho una diagnosis especifica y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento seguirá en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Entiendo que éste consentimiento incluye consentimiento en las clínicas satélites de **HealthONE/Aspen Family Medicine**.

Yo, el(la) infrascrito(a), reconozco que **HealthONE/Aspen Family Medicine** utilizará y divulgará mi información para los propósitos del tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de salud según lo descrito en el aviso de las prácticas de privacidad.

Una fotocopia de este consentimiento es considerada tan válida como la original.

PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo la revelación de mi información médica a la administración de Seguridad Social o de sus intermediaries para mis demandas de Medicare. Otorgo los beneficios pagaderos a **HealthONE/Aspen Family Medicine** para los servicios medicos que me proveen.

Reconozco que me han dado el aviso de las practicas de privacidad de HealthONE/Aspen Family Medicine. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo contactar al oficial de privacidad. Inicial del paciente:

Certifico que he leído y entiendo completamente las delcaraciones antedichas y consiento completamente y voluntariamente a su contenido. _____

Firma del paciente (o persona responsable) _____ **Fecha** _____