

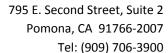
795 E. Second Street, Suite 2 Pomona, CA 91766-2007 Tel: (909) 706-3899

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PRESIONE FIRMEMENTE AL ESCRIBIR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE) Nombre

Apellido	Nombre			Inicial
Dirección	Fec. Nac	·	Edad	Estado civil S C V D
Ciudad/Estado/Código postal		H/M	Ocupación	
Tel. de casa ()	_ Tel. del trabajo(_)	Tel. móvil ()
Email		N - d - CC		
¿Cuál opción preferiría para recibir notificaciones: correo posta			compartirá información p	ersonal.
Nombre del empleador		Título	Tel. del tr	rabajo ()
Dirección del trabajo				
Persona de contacto en caso de emergencia:			Relación	
Número de teléfono:				
<u>LA INFORMACIÓN INC</u>	COMPLETA SOBRE EL SEGUR	O PUEDE RESULTAI	R EN UNA DENEGACIÓN DEL REC	CLAMO.
COMPAÑÍA PRIMARIA DEL SEGURO MÉDICO:		COMPAÑÍA S	SECUNDARIA DEL SEGURO MÉDI	CO:
Parte responsable del pago:		Parte respons	sable del pago:	
RELACIÓN:		RELACIÓN:		
NÚMERO DE IDENT./ PÓLIZA:				
NÚMERO DE GRUPO:		NÚMERO DE	GRUPO:	
		NOMBRE DEL	L SUSCRIPTOR / ASEGURADO:	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR / ASEGURADO:		RELACIÓN:		
RELACIÓN:		FECHA DE NA	ACIMIENTO:	
FECHA DE NACIMIENTO:		NÚMERO DE	SEGURO SOCIAL:	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		NOMBRE DEL	L EMPLEADOR:	
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		No. DE TELÉF	ONO:	
No. DE TELÉFONO:				
¿Quién es su médico de atención primaria?				
Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria				
Lengua materna:	Servicio de	e intérprete requer	rido:SíNo	
Instrucciones anticipadas: ¿Tiene instrucciones de salud anticipa	adas?Sí		, proporcione una copia a nuestr	a oficina.)
¿Le gustaría recibir información sobre las instrucciones anticipad	das?si	INO		
Parte responsable: Recuerde que el seguro se considera un método p fijas, y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pag	•			gos. Algunas compañías pagan prestaciones
CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN:INICIALES - CONSENTIMIENTO PARA TRATAR: POR EL PRESEI PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS Y OTROS SERVICIOS Y SUMINIST ESTE CONSENTIMIENTO SE OTORGA EN ANTICIPACIÓN DE CUALQUIE SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA QUE PUEDA SER NECESARIA	ROS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS (R SERVICIO ESPECÍFICO, PERO S	QUE SE CONSIDEREN SE OTORGA PARA QU	I NECESARIOS O BENÉFICOS PARA N	II SALUD Y BIENESTAR. COMPRENDO QUE
INICIALES - ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: POR EL PRESENTE A HAY, QUE DE OTRA FORMA ME SERÍAN PAGADEROS POR LOS SERVICI SEGURO LOS PAGA O NO.				
FIRMA:		FE	ECHA:	
	(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR QUE AUTORIZA LOS TRATAMIENTOS)			

POR FAVOR LLENE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL RECEPCIONISTA.





PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:		
	echos de privacidad; por lo tanto, a menos que tengamesspecto a su cuidado de salud y/o sus finanzas.	os su per	miso,	
		Si	No	
¿Podemos llamarle al trabajo?				
¿Podemos llamarle a su casa?				
Si respondió que no a ambas preguntas, ¿ celular)?	tiene un número alternativo (p. ej. teléfono			
¿Podemos dejarle mensaje (incluyende buzon de mensaje de voz?	o información sobre citas) en su contestador oh			
¿Podemos enviarle un fax?	í No. de fax:			
¿Podemos enviarle un correo electrónico? electrónico:				
Sólo proporcionaremos información de ust Nombre:				
Nombre:				
Nombre:	- ***			
Firma del paciente/aval	Fecha			

Este consentimiento es valido, al menos que sea revocado por escrito.

Permission to Share Information August 2019





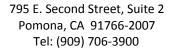
AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR AL PACIENTE

El paciente, tutor legal o el conservador, está de acuerdo que el Patient Care Center de Western University of Health Sciences pueda fotografiar me/el paciente, con el propósito de documentar mis progresos relacionados con mi salud. Mi firma a continuación indica que entiendo que:

- Las fotografías pueden tomarse para documentar mi cuidado y tratamiento actuales, y/o para documentar el progreso de dicho tratamiento.
- Las mismas disposiciones legales de derechos de privacidad a la confidencialidad del paciente aplican a cualquier fotografía tomada por el Centro.
- El Centro retendrá los derechos de propiedad de estas fotografías, pero se me permitirá acceso para verlas o para obtener fotocopias.
- Estas imágenes se almacenarán de forma segura que protegerá mi privacidad y que se mantendrán durante el periodo de tiempo requerido por ley.
- Las imágenes pueden utilizarse sin identificadores personales para fines didácticos, presentaciones académicas o científicas, carteras profesionales y propósitos no relacionados con la publicidad u otros intereses comerciales, como ejemplos de atención dental del odontólogo estudiante para entrevistas de trabajo.

Firma del paciente/representante legal/custodio		
Nombre del paciente en letra imprenta		
Relación si lo firma alguien que no sea el paciente		
Firma del testigo		

Nota: Una fotocopia o imagen electrónica de este documento será tan válida como la original





NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CONFIRMACIÓN DE RECIBO

ECHA:	_, 20	
Vestern University of He	ealth Sciences (WesternU). Compre	opia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de endo que la Notificación de Prácticas de Privacidad r y divulgar mi información de salud.
Nombre del pacien	nte (en letra de imprenta)	Firma del paciente
i este formulario es com as líneas siguientes:	npletado por el representante legal	del paciente, escriba su nombre con letra imprenta en
Representante lega	al (en letra de imprenta)	Firma del representante legal
		Relación:
	This Section to be Com	npleted by WesternU:
I have made a good fait		ed by the patient or patient's personal representative. vledgement of receipt of WesternU's Notice of Privacy
□ Patie	ent refused to sign ent unable to sign er	
Employee Name (Print)	Employee Signatu	re Date
TI	his form must be placed in the p	atient's medical record.