US Wound Care
& Hyperbaric Centers

Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE.UU (US Wound Care & Hyperbaric Centers)
- Formularios para Pacientes Nuevos

Nombre del Paciente	
Fecha de Nacimiento del Paciente	
Dirección del Paciente	
Número(s) de Teléfono del Paciente – *Coloque todos los que apliquen*	
Correo Electrónico del Paciente	
Nombre del Contacto de Emergencia/Número	
Compañía de Seguros y Nombre del Titular de la Póliza	
NSS del Titular de la Póliza & NSS del Paciente	

MEDICAMENTOS: ***Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre***

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

ALERGIAS: ***Enumere todas las alergias y reacciones a medicamentos, comidas, etc.***

ALERGIAS	REACCIONES

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS: ***Marque todos los que correspondan***

- ☐ SARM/VRE
- ☐ Daño a los tímpanos
- ☐ Sinusitis
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Cataratas
- ☐ Glaucoma
- ☐ Daño a la retina
- ☐ Asma
- ☐ EPOC
- ☐ Pulmón colapsado
- ☐ Dependencia de oxígeno
- ☐ Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC)
- ☐ Arteriopatía Coronaria
- ☐ Ataque cardíaco
- ☐ TVP o EP
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedad Vascular Periférica
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Cirrosis del hígado
- ☐ Hepatitis
- ☐ Enfermedad de Crohn
- ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ ERGE
- ☐ Enfermedad Renal Crónica
- ☐ Enfermedad Renal en etapa terminal
- ☐ Diálisis (Tipo:_____)
- ☐ Diabetes (Tipo:_____)
- ☐ Amputación
- ☐ Osteoartritis
- ☐ Gota
- ☐ Paraplejia
- ☐ Cuadriplejia
- ☐ Osteomielitis (infección del hueso)
- ☐ Quemadura
- ☐ Esclerodermia
- ☐ Cáncer (Tipo:_____)
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Demencia/ Alzheimer
- ☐ Depresión
- ☐ Anemia
- ☐ Anemia de células falciformes
- ☐ Linfedema
- ☐ SIDA/VIH
- ☐ Lupus
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Artritis Reumatoide
- ☐ Síndrome de Reynaud
- ☐ Herida(s) previa(s) Localización: _____
- ☐ Otro: _____ _____ _____

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

HISTORIAL QUIRÚRGICO: Enumere todas las cirugías y el mes/año correspondiente en que se realizó

CIRUGÍA	MES	AÑO

REVISIÓN DE SISTEMAS: ***Marque todas las que correspondan***

Constitucional
□ Fiebres
□ Escalofríos
□ Fatiga
□ Cambio de peso marcado
□ Pérdida de apetito
□ Sudores nocturnos

Ojos
□ Anteojos/lentes de contacto
□ Cambios en la visión

Oído/Nariz/Boca/Garganta
□ Dificultad para despejar los oídos
□ Problemas dentales
□ Pérdida/ayuda auditiva
□ Congestión nasal
□ Ganglios linfáticos dolorosos/inflamados
□ Dolor de oído

Respiratorio
□ Tos
□ Falta de aire
□ Uso de oxígeno
□ Sibilancias

Cardiovascular
□ Dolor de pecho
□ Disnea por esfuerzo
□ Claudicación intermitente
□ Dolor en las piernas en reposo
□ Hinchazón de piernas
□ Palpitaciones
□ Ortopnea

Gastrointestinal
□ Náuseas/Vómitos /Diarrea
□ Dolor de estómago
□ Reflujo ácido
□ Incontinencia intestinal

Integumentario
□ Cambios en cabello/piel/uñas
□ Callos/callosidades
□ Hiperpigmentación
□ Úlceras
□ Propenso a desgarros de la piel
□ Sarpullido
□ Crecimiento anormal de vellos
□ Sequedad
□ Picazón

Musculoesquelético
□ Dispositivos de asistencia
□ Disminución en actividad
□ Dolor en las articulaciones
□ Deformidades
□ Debilidad

Neurológico
□ Marcha anormal
□ Entumecimiento
□ Dolor por neuropatía
□ Parálisis
□ Convulsiones
□ Desmayos
□ Pérdida de memoria
□ Pérdida de coordinación

Hematológico/Linfático
□ Moretones
□ Sangrado

Alérgico/Inmunológico
□ Sarpullidos frecuentes
□ Fiebres recurrentes
□ Sensibilidad a los fármacos
□ Sensibilidad a la comida
□ Fiebre del heno

Psiquiátrico
□ Ansiedad
□ Claustrofobia
□ Depresión
□ Suicida
□ Enfermedad metal

Endocrino
□ Intolerancia al frío
□ Intolerancia al calor
□ Sed excesiva
□ Micción excesiva

Genitourinario
□ Sangre en la orina
□ Frecuencia
□ Urgencia
□ Incontinencia urinaria
□ Micción dolorosa

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

FARMACIA Y OTROS MÉDICOS: ***Anote su farmacia preferida. Además, indique cualquiera de sus otros médicos o agencia de atención médica domiciliaria en caso de que necesitemos comunicarnos con ellos para obtener registros o referirlo para servicios de atención médica adjuntos***

FARMACIA	DIRECCIÓN DE LA CALLE	NÚMERO DE TELÉFONO

MÉDICO/AGENCIA DE SALUD DOMICILIARIA	ESPECIALIDAD	NÚMERO DE TELÉFONO

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: Marque todas las que correspondan

CONDICIÓN	MADRE	ABUELOS MATERNOS	PADRE	ABUELOS PATERNOS	HERMANO	HIJO	SIN HISTORIA	NOTAS
HISTORIA DESCONOCIDA								
NO CONTRIBUTIVA								
ENFERMEDAD AUTOINMUNE								
CÁNCER								
DIABETES								
CARDIOPATÍA								
HIPERTENSIÓN								
ENFERMEDAD RENAL								
ENFERMEDAD PULMONAR								
CONVULSIONES								
DERRAME								

CONDICIÓN SOCIAL/HISTORIA: ***Marque todo lo que corresponda***

□ Consumo de tabaco
□ Uso de alcohol
□ Abuso de sustancias
□ Uso de cafeína
□ Ocupación: _____
□ Retirado
□ Casado
□ Hijos
□ Preocupaciones culturales/religiosas/del lenguaje _____
□ Preocupaciones financieras

□ Problemas de transporte
□ Independiente
□ Falta de sistemas de apoyo
□ Incapaz de cuidar de sí mismo
□ Vive con: _____
□ Vive solo
□ Atención domiciliaria
□ Vida asistida
□ Centro de atención a largo plazo
□ Centro de enfermería especializada
□ Signos/síntomas de abuso/negligencia

□ Riesgo de suicidio: el paciente niega tener pensamientos suicidas
□ Riesgo de suicidio: el paciente tiene pensamientos de autolesión
□ Riesgo de suicidio: se confirmó que el paciente tenía un plan para autolesionarse
□ Riesgo de suicidio: el paciente ha intentado autolesionarse/ suicidarse en el último año

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Bienvenido a los Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE.UU. (US Wound Care & Hyperbaric Centers) Nos complace tenerlo como paciente y nos esforzaremos por brindarle atención de la más alta calidad.

Para hacer esto, asumiremos los siguientes compromisos con usted:

- El personal lo tratará lo antes posible a la hora programada para su cita.
- Seremos considerados y compasivos.
- Intentaremos alcanzar sus objetivos como paciente, según las indicaciones de su médico.
- Programaremos sus citas con anticipación, dentro de nuestros límites de programación, e intentaremos que esas citas sean lo más conveniente posible para usted.

Con el fin de brindar un servicio de calidad a todos nuestros pacientes, realizamos las siguientes peticiones:

- Si no puede asistir a la cita programada, llámenos al 1-855-WOUND01, al menos 24 horas antes de la cita programada.
- Por favor, llame si sabe que llegará más de 10 minutos tarde y haremos todo lo posible para atenderlo.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, sin llamar, perderá su cita.
- Si pierde 3 citas sin llamar para cancelar o reprogramar, cualquier cita futura que haya programado se cancelará y se le dará de alta.

Nuestro objetivo es brindar servicios de alta calidad en un ambiente amigable, profesional y amable; cualquier comportamiento perjudicial para este entorno será motivo de expulsión de la clínica. Consulte nuestra Política de Asistencia para obtener información adicional.

Qué esperar: Para comenzar la atención, requerimos una consulta con nuestro médico, dependiendo de los requisitos de su seguro, esto también puede implicar obtener una referencia de su médico referente. Tenga en cuenta que estamos obligados a tratarlo por la razón por la que fue referido aquí y no podemos proporcionar ningún tratamiento no autorizado por su médico, recetar medicamentos u ofrecer diagnósticos fuera del alcance del consultorio de este especialista. Las recetas son válidas solo 30 días a partir de la fecha en que se emitieron. Si es médicamente necesario extender su tratamiento más allá de su plan de atención inicial, nos comunicaremos con el médico para actualizar la receta. Enviaremos notas de progreso a su médico después de la evaluación, periódicamente durante el tratamiento y al momento del alta.

Como se indica en el consentimiento, dependiendo de su seguro, es posible que tenga algunas obligaciones financieras para su tratamiento, como un copago por consulta o un porcentaje del costo total. Según la verificación de su compañía de seguros, una estimación de su responsabilidad financiera es de: $ _____ por consulta / _____%.

Para recibir los máximos beneficios, le recomendamos que use ropa y zapatos cómodos, siga su programa en el hogar y mantenga lo más cercano posible el horario de citas recomendado por su médico. Si tiene alguna pregunta adicional, no dude en preguntar a cualquier miembro del personal.

CONTACTOS Y DIVULGACIÓN DE HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud)

Mantener la privacidad de la información de nuestro paciente es importante para nosotros y, de forma predeterminada, solo divulgaremos información relacionada con la facturación del paciente y las afecciones médicas al paciente o tutor legal. Si desea agregar contactos adicionales a los que los Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE. UU. le puedan divulgar este tipo de información, complete los campos.

NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

Firma del paciente/tutor legal **Fecha**

_____ _____

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO

AL PACIENTE: Tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que debe ser llevado a cabo para que pueda tomar la decisión de someterse al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta información no pretende asustarlo ni alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para que esté mejor informado para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

_____ **(Inicial)** Solicito (solicitamos) voluntariamente al **Dr.** _____ como mi médico, y a los colaboradores que él/ella considere necesarios (por ejemplo, asistentes académicos y otros proveedores de atención médica plenamente identificados, cuya función profesional me fue explicada) para tratar mi Condición. Mi condición me ha sido explicada como:
(Condición a ser tratada)_____

_____ **(Inicial)** Entiendo (entendemos) que los siguientes potenciales procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos están planeados para mí y yo (nosotros) voluntariamente doy (damos) el consentimiento y autorizo (autorizamos) estos procedimientos. Procedimientos potenciales: escisión y/o desbridamiento selectivo de la(s) herida(s) (eliminación de tejido muerto). Este consentimiento cubre todos los desbridamientos selectivos y/o por escisión durante todo el episodio de atención del paciente.

_____ **(Inicial)** Entiendo (entendemos) que mi médico puede descubrir otras condiciones o condiciones diferentes que requieran procedimientos adicionales a los planificados. Autorizo (autorizamos) a mi médico, a todos sus colaboradores, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos que sean aconsejables a su juicio profesional.
Entiendo (entendemos) que estos médicos calificados pueden estar realizando tareas importantes relacionadas con la cirugía, como abrir o cerrar incisiones, extraer o diseccionar tejido, alterar tejido, implantar dispositivos, remover tejido o tomar fotografías durante los procedimientos.

_____ **(Inicial)** Así como puede haber riesgos y peligros al continuar con mi condición actual sin tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico planeados para mí, como la posibilidad de infección, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Yo (nosotros) también estoy (estamos) al tanto de que los siguientes riesgos y peligros específicos pueden ocurrir en relación con este procedimiento en particular: (1) Sangrado (2) Dolor (3) Pérdida de una extremidad (4) Reacción adversa al medicamento (5) Falta de cicatrización de heridas (6) Infección (7) Cirugía adicional.

_____ **(Inicial)** Se me (nos) ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi(s) condición(es) actual(es), los procedimientos propuestos, los beneficios, la probabilidad de éxito, los posibles problemas relacionados con la recuperación, los posibles riesgos de no realizar tratamiento a mi condición, otras formas alternativas de tratamiento y los riesgos y beneficios de las alternativas involucradas. Entiendo (entendemos) que no se me ha otorgado ninguna garantía sobre el resultado o la curación. Se me ha explicado cualquier relación profesional/comercial entre mis proveedores de atención médica, el hospital y los institutos educativos.

_____ **(Inicial)** Yo (nosotros) certifico (certificamos) que este formulario me (nos) ha sido explicado completamente, que lo he (hemos) leído o me (nos) lo han leído, que los espacios en blanco han sido llenados y que yo (nosotros) entiendo (entendemos) los contenidos. Creo (creemos) que tengo (tenemos) suficiente información para dar este consentimiento informado y solicito (solicitamos) que se realicen los procedimientos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ **Etiqueta del Paciente**

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Le he proporcionado al paciente/padre/tutor información sobre riesgos, beneficios y alternativas al cuidado de heridas y al tratamiento hiperbárico como se describe anteriormente dentro de mi área de especialización.

Firma del Médico _____ **Fecha** _____

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO

____ **(Inicial)** Consentimiento para Tratamiento y Acuerdo de Pago: Doy mi consentimiento para la administración y realización del tratamiento de cuidado de heridas de Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC, el uso de medicamentos recetados, la realización de procedimientos de diagnóstico, pruebas y cultivos y la realización de otras pruebas de laboratorio que el médico o la persona designada determina que son médicamente necesarias o aconsejables según el criterio de mi médico o la persona designada por él. Doy mi consentimiento previamente a cualquier diagnóstico o tratamiento específico. Es mi intención que la naturaleza de este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento, el consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito; y una revocación de este consentimiento no afectará la validez de mi consentimiento en cuanto a los actos realizados antes de la revocación. Una fotocopia de este consentimiento será tan válida como el original. Entiendo que, si bien mi consentimiento es voluntario, si me niego a firmar este consentimiento, Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC se negará a tratarme, o al paciente menor/discapacitado. Si firmo este consentimiento en nombre de un paciente que es menor de 18 años o tiene una discapacidad de tal manera que no puede dar su consentimiento o rechazar el tratamiento, declaro a Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC que tengo autoridad legal dar mi consentimiento para el tratamiento en nombre del paciente y que, de hecho, doy mi consentimiento para el tratamiento como se describe en el párrafo anterior. En tal caso, las referencias en este formulario a "yo", "mí" o "mi" se entienden como referencias al paciente cuando sea apropiado en el contexto de:

____ **(Inicial)** Responsabilidad del Paciente para el Seguimiento: Entiendo que es mi responsabilidad seguir cualquier instrucción de alta y/o seguimiento que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC pueda proporcionarme, incluyendo, y sin limitarse a cualquier atención domiciliaria recomendada y cualquier examen de seguimiento y/o tratamiento por parte de otros proveedores de atención médica, acepto la total responsabilidad por las consecuencias de cualquier incumplimiento por mi parte de obtener las recomendaciones de la atención de seguimiento y/o de cumplir con cualquier otra instrucción del alta relacionada con la visita a esta clínica.

____ **(Inicial)** Responsabilidad del Pago: En consideración a los servicios que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC me brindará, prometo pagar los costes de Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC por los servicios prestados. Entiendo que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC puede presentar su factura a mi compañía de seguros, pero entiendo que es mi responsabilidad obtener cualquier formulario de referencia de mi médico de atención primaria que mi compañía de seguros pueda requerir como condición para el pago de mis servicios de atención médica. Entiendo que el costo de los servicios de atención médica que se me brindan es mi responsabilidad personal, incluso si tengo cobertura de seguro para esos gastos, y que soy directamente responsable ante Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC por cualquier parte de dicho costo que mi compañía de seguros u otro tercero pagador no pague por cualquier motivo. Si firmo este formulario en nombre de una persona a la que he permitido que sea dependiente de mi cobertura de seguro, reconozco que soy personalmente responsable de cualquier copago, obligación deducible u otra parte del pago a Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC por servicios a esa persona que mi compañía de seguros u otro tercero pagador no pague. Si ese paciente es mi hijo menor de edad, reconozco que soy legalmente responsable ante Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC de su cargo por los servicios prestados al paciente sin tener en cuenta la asignación de responsabilidad de dichos cargos entre otras personas y yo por concepto de una sentencia de divorcio u otra orden judicial o decreto. Entiendo que, si mi cuenta con Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC no se paga en un período de tiempo razonable, Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC colocará mi cuenta en una agencia de cobranza y, si es necesario, hará que mi cuenta sin cancelar aparezca en mi informe de crédito. Acepto respaldar y remitir a Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC todos los pagos de seguros o de terceros que reciba por los servicios que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC me haya prestado, inmediatamente después de recibir dicho pago.

____ **(Inicial)** Registros Médicos: Entiendo que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC mantiene registros médicos en el consultorio que se utilizarán de manera continua para planificar la atención y el tratamiento. Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC puede divulgar la información contenida en el registro médico a mis otros médicos/proveedores de atención médica y a la compañía de seguros según sea necesario por razones médicas y de facturación. Autorizo a Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC a acceder mediante el historial de prescripciones de fuentes externas. PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mis solicitudes de Medicare. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios a Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC.

____ **(Inicial)** Correo electrónico: Si he proporcionado mi dirección de correo electrónico en este formulario, entiendo que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC mantendrá esa dirección confidencial y no la alquilará ni venderá. Entiendo que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC ha solicitado mi dirección de correo electrónico en caso de que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC necesite ponerse en contacto conmigo. Doy mi consentimiento para que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC me envíe, como cortesía, información de seguimiento del paciente, encuestas de satisfacción o notificaciones urgentes. Doy mi consentimiento para que Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC envíe correos electrónicos no asegurados con respecto a mi consulta médica a la dirección de correo electrónico que he proporcionado en este formulario.

____ **(inicial)** Consentimiento para Llamadas Telefónicas Inalámbricas: Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas, SMS Next y otras comunicaciones en mi teléfono celular, otro(s) teléfono(s) y otros dispositivos de comunicación, incluidas las llamadas marcadas automáticamente y los mensajes pregrabados de Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC, sus sucesores, cesionarios, afiliados, agentes, contratistas independientes, administradores y agentes de cobranza. Entiendo que estas llamadas pueden relacionarse a mi consulta con Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC u obligaciones financieras relacionadas con mi consulta médica.

____ **(Inicial)** Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de la Política de Privacidad HIPPA de Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC y entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, debo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Renovo Wound Care & Hyperbarics PLLC al 1-855-WOUND01.

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal **Fecha**

_____ _____

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

POLÍTICA DE ASISTENCIA DEL PACIENTE

En los Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE.UU. nos esforzamos por brindar a nuestros pacientes un excelente servicio y atención. Nuestro compromiso con su bienestar y curación bajo nuestro cuidado de heridas y el proceso hiperbárico es algo que todos en nuestra clínica se toman muy en serio. Estamos orgullosos de ofrecer un enfoque de equipo personalizado en la atención. Para brindar este nivel de servicio, nos reservamos horarios establecidos para las citas para *cada* paciente individual.

Nos preocupamos por usted y nos damos cuenta de que sería perjuicio si no enfatizamos la importancia de su compromiso con su propio cuidado y bienestar. Su adherencia al número recomendado de consultas y/o tratamientos es un componente vital de su progreso con nuestros servicios. Por lo tanto, contamos con ciertas políticas para garantizar los más óptimos resultados.

CANCELACIONES: La asistencia constante y la participación activa en su tratamiento es una de las claves para la curación exitosa de heridas. Las cancelaciones repetidas de último minuto implican una falta de compromiso con su recuperación. Por lo tanto, por cualquier motivo que deba cancelar una cita, nuestro consultorio requiere un aviso con 24 horas de anticipación. Las cancelaciones dentro del período de 24 horas o las citas perdidas están sujetas a un cargo de $25.00 por cancelaciones a corto plazo/no asistencia.

NOTA: Este pago por cancelación/no asistencia **vencerá antes de su próxima cita programada. Tenga en cuenta que éste no está cubierto por su seguro.**

LLEGADAS TARDÍAS: Llegar a tiempo es una parte fundamental para brindar una atención óptima a nuestros pacientes. Es comprensible que llegar tarde de vez en cuando sea una parte inevitable de la vida. Sin embargo, las llegadas tardías recurrentes demuestran una falta de compromiso con su atención médica y recuperación. Si en algún momento llega 15 minutos tarde, sin coordinar con nuestra oficina principal, nos reservamos el derecho de reprogramar su visita.

INCUMPLIMIENTO REPETIDO: En casos de incumplimiento repetido de sus visitas programadas, nos reservamos el derecho de descontinuar la atención e informaremos a su médico y/o administrador del caso del hecho de que su servicio ha sido descontinuado debido al incumplimiento de sus órdenes prescritas.

He leído y entiendo las políticas anteriores y estoy de acuerdo con la obligación de mis cuidados.

Firma del Paciente/tutor **Fecha**

_____ _____

US Wound Care
& Hyperbaric Centers

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Al firmar este formulario, autorizo a los Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE.UU. a divulgar mi información de salud confidencial, mediante la divulgación de una copia de mis registros médicos, o un resumen o narración de mi información de salud protegida, al (a los) médicos(s)/personas designadas /centro/entidad y/o aquellos directamente asociados con la atención médica que recibiré en este centro.

_____	_____	_____
Firma del Paciente/Tutor	**Nombre del Paciente en Letra de Molde**	**Fecha de Nacimiento del Paciente**
_____	_____	
Relación del Tutor	**Fecha**	

_____**PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL**_____

Médico Solicitante: _____

Información del Centro Solicitante:

□ Dirección: **Arlington Wound Care & Hyperbaric Center** | 1001 W. Arbrook Blvd. # 161 | Arlington, TX 76015
Teléfono: (817) 402-0952 Fax: (817) 402-4773

□ Dirección: **Clearfork Wound Care & Hyperbaric Center** | 5668 Edwards Ranch Rd. #101 | Fort Worth, TX 76107
Teléfono: (817) 764-1554 Fax: (817) 764-1565

□ Dirección: **Lewisville Wound Care & Hyperbaric Center** | 401 N. Valley Parkway, Ste 380 | Lewisville, TX 75067
Teléfono: (469) 904-6428 Fax: (469) 904-6427

La información solicitada para su divulgación por el médico tratante, sujeta a esta autorización médica firmada, es la siguiente:

□ Registros Completos	□ Historia y Físicos	□ Notas de Progreso	□ Plan de Cuidados
□ Reportes de Laboratorio	□ Reportes de Radiología	□ Reportes de Patología	□ Registro de Tratamiento
□ Reportes Operativos	□ Reportes del Hospital	□ Registros de Medicación	□ Estudios Vasculares

□ Otro: _____

El propósito/razón de esta solicitud de divulgación de registro es la siguiente:

_____

_____