

US Wound Care & Hyperbaric Centers- Nuevos formularios para pacientes

Nombre del Paciente	
FDN del Paciente	
Domicilio del Paciente	
Teléfono(s) del Paciente - (los que apliquen)	
E-mail del Paciente	
Nombre/número de contacto de emergencia	
Compañía de seguros y titular de la póliza	
NSS del titular de la póliza y del paciente	

MEDICAMENTOS: enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre

ALERGIAS: Enliste todas las alergias y reacciones a medicamentos, alimentos, etc.

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

ALERGIA	REACCIÓN

ANTECEDENTES: Marque todos los que apliquen

- MRSA/VRE
- Daño a los tímpanos
- Sinusitis
- Zumbido en los oídos
- Cataratas
- Glaucoma
- Daño a la retina
- Asma
- EPOC
- Pulmón colapsado
- Dependencia de oxígeno
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Infarto cardíaco
- TVP o EP
- Hipertensión
- Enfermedad vascular periférica
- Colesterol alto

- Cirrosis hepática
- Hepatitis
- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- ERGE
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad renal en etapa terminal
- Diálisis
 - (Tipo:_____)
- Diabetes
 - (Tipo:_____)
- Amputación
- Osteoartritis
- Gota
- Paraplejía
- Cuadriplejía
- Osteomielitis (infección ósea)
- Quemaduras

- Esclerodermia
- Cáncer
 - (Tipo:___)
- Trastorno convulsivo
- Accidente cerebrovascular
- Demencia / Alzheimer
- Depresión
- Anemia
- Enfermedad de células falciformes
- Linfedema
- SIDA/VIH
- Lupus
- Esclerosis múltiple
- Artritis reumatoide
- Reynaud's
- Ubicación de la(s) herida(s) anterior(es): _____
- Otro: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Enumere todas las cirugías y el mes/año de realización

CIRUGÍA	MES	AÑO

REVISIÓN POR SISTEMAS: Por favor marque todos los que apliquen

Constitucional

- Fiebres
- Escalofríos
- Fatiga
- Cambio de peso marcado
- Pérdida de apetito
- Sudoración nocturna

Ojos

- Anteojos/lentes de contacto
- Cambios en la visión

Oído / Nariz / Boca / Garganta

- Dificultad para limpiar oídos
- Problemas dentales
- Pérdida auditiva/auxiliar auditivo
- Congestión nasal
- Ganglios linfáticos dolorosos/inflamados
- Dolor de oído

Respiratorio

- Tos
- Dificultad para respirar
- Uso de oxígeno
- Sibilancias

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Disnea de esfuerzo
- Claudicación intermitente
- Dolor en la pierna en reposo
- Hinchazón de piernas
- Palpitaciones
- Ortopnea

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

Piel y Tegumentos

- Cambios en pelo/piel/uñas
- Callos
- Hiperpigmentación
- Úlceras
- Propenso a estrías de la piel
- Sarpullido
- Crecimiento anormal del pelo
- Sequedad
- Comezón

Musculoesquelético

- Dispositivos de asistencia
- Disminución de la actividad
- Dolor en las articulaciones
- Deformidades
- Debilidad

Neurológico

- Marcha anormal
- Entumecimiento
- Dolor por neuropatía
- Parálisis
- Convulsiones
- Desmayo
- Pérdida de memoria
- Pérdida de coordinación

Hematológico/Linfático

- Moretones
- Sangrado

Alergias/Inmunológicos

- Sarpullidos frecuentes
- Fiebres recurrentes
- Alergia a medicamentos
- Alergia a alimentos
- Fiebre del heno

Psiquiátricos

- Ansiedad
- Claustrofobia
- Depresión
- Ideación suicida
- Enfermedad mental

Endócrinológicos

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Sed excesiva
- Micción excesiva

Genioturinarios

- Sangre en la orina
- Frecuencia urinaria
- Urgencia urinaria
- Incontinencia urinaria
- Micción dolorosa

FARMACIA Y OTROS MÉDICOS: *por favor anote su farmacia preferida. Además, enumere a cualquiera de sus otros médicos o agencia de atención médica domiciliaria en caso de que necesitemos comunicarnos con ellos para obtener registros o derivarlo a servicios de atención médica complementarios.*

FARMACIA	DOMICILIO	TELÉFONO

MÉDICO / AGENCIA SALUD DOMICILIARIA	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

ANTECEDENTES FAMILIARES: *Marque todos los que apliquen*

ENFERMEDAD	MADRE	ABUELOS MATERNOS	PADRE	ABUELOS PATERNOS	HERMANOS	HIJO	SIN ANTEC	NOTAS
DESCONOCIDA								
NO CONTRIBUTIVO								
ENF. AUTOINMUNE								
CANCER								
DIABETES								
ENF. CARDIACA								
HIPERTENSIÓN								
ENF. RENAL								
ENF. PULMONAR								
CONVULSIONES								
INFARTO CEREBRAL								

ANTECEDENTES/STATUS SOCIAL. *Marque todos los que apliquen*

- Consumo de tabaco
- Uso de alcohol
- Abuso de sustancias
- Uso de cafeína
- Ocupación: _____
- Retirado
- Casado
- Niños
- Preocupaciones culturales/religiosas/lingüísticas: _____
- Preocupaciones financieras

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

- Riesgo de suicidio: el paciente niega la ideación suicida
- Riesgo de suicidio: el paciente tiene pensamientos de autolesión
- paciente tenía un plan para autolesionarse
- Riesgo de suicidio: el paciente ha intentado autolesionarse/ suicidarse en el último año

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Bienvenido a US Wound Care & Hyperbaric Centers. Nos complace tenerlo como paciente y nos esforzaremos por brindarle atención al paciente de la más alta calidad.

Para ello, asumiremos los siguientes compromisos contigo:

- 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 convenientes posible para usted.

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

- Si usted no puede asistir a la cita programada, llámenos al 1-850-250-0112, al menos 24 horas antes de la cita programada.
- Llame si sabe que llegará más de 10 minutos tarde y haremos todo lo posible para acomodarlo.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, sin llamar, perderá el derecho a la cita.
- Si usted pierde 3 citas sin llamar para cancelar o reprogramar, cualquier cita futura que haya programado será cancelada y será dado de alta.

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

Qué esperar: Para comenzar la atención, sí requerimos una consulta con nuestro médico, dependiendo de los requisitos de su seguro, esto también puede implicar obtener una referencia de su médico remitente. Tenga en cuenta que estamos obligados a tratarlo por la razón por la que fue remitido aquí y no podemos proporcionar ningún tratamiento no autorizado por su médico, recetar ningún medicamento u ofrecer ningún diagnóstico 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 evolución 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: \$ _____ por consulta / _____ %.

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

CONTACTO Y LIBERACIÓN DE HIPAA

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes 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 EUA pueden divulgar este tipo de información, complete los campos.

NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

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 se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

_____ (Inicial) Solicito (solicitamos) voluntariamente al Dr. _____ como mi médico, y a los asociados que considere necesarios (por ejemplo, asistentes educativos y otros proveedores de atención médica identificados, y quienes me expliquen su función profesional) para tratar mi enfermedad. Mi enfermedad me ha sido explicada como:

(Enfermedad a tratar) _____

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

_____ (Inicial) Entiendo (entendemos) que mi médico puede descubrir otras enfermedades o enfermedades diferentes que requieran procedimientos adicionales a los planeados. Autorizo (autorizamos) a mi médico y a todos los asociados, 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 disecar tejido, alterar tejido, implantar dispositivos, extraer tejido o tomar fotografías durante los procedimientos.

_____ (Inicial) Así como puede haber riesgos y peligros al continuar mi enfermedad 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, hemorragias, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Yo (nosotros) también entiendo 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) enfermedad(es) actual(es), el(los) procedimiento(s) propuesto(s), los beneficios, la probabilidad de éxito, los posibles problemas relacionados con la recuperación, los posibles riesgos de no tratar mi enfermedad y 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.

_____ (Iniciales) Yo (nosotros) certifico que este formulario me ha sido explicado por completo, que lo (hemos) leído o me (nos) lo han leído, que los espacios en blanco han sido llenados y que yo (nosotros) entendemos los contenidos. Creo (creemos) que tenemos suficiente información para dar este consentimiento informado y solicito (s) que se realicen los procedimientos.

Firma del Paciente

Fecha

Sticker 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

CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO

_____ **(Iniciales)** Consentimiento para el tratamiento y acuerdo de pago: Doy mi consentimiento para que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC administre y realice el tratamiento de cuidado de heridas, 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 es médicamente necesario o aconsejable según el criterio de mi médico o la persona designada por él. Doy mi consentimiento ante cualquier diagnóstico o tratamiento específico. Tengo la intención de que este consentimiento continúe en vigor 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 aunque mi consentimiento es voluntario, si me niego a firmar este consentimiento, Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC puede negarse a tratarme, paciente menor/discapacitado. Si estoy firmando este consentimiento en nombre de un paciente que es menor de 18 años o que está incapacitado de tal manera que no pueda dar su consentimiento o rechazar el tratamiento, declaro a Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC que tengo autoridad legal para 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" o "mi" están destinadas como referencias al paciente cuando sea apropiado en el contexto de:

_____ **(Iniciales)** Responsabilidad del paciente para el seguimiento: Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones al alta y/o de seguimiento que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC pueda proporcionarme, incluyendo, sin limitación, cualquier atención domiciliaria recomendada. y cualquier examen de seguimiento y/o tratamiento por parte de otros proveedores de atención médica, acepto toda la responsabilidad por las consecuencias de cualquier incumplimiento por mi parte de obtener la atención de seguimiento recomendada y/o de cumplir con cualquier otra instrucción al alta relacionada con la visita a esta clínica.

_____ **(Iniciales)** Responsabilidad de pago: En consideración a los servicios que me brindarán Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC, prometo pagar los cargos de Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC por sus servicios. Entiendo que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC puede presentar su factura a mi compañía de seguros, pero entiendo que es mi responsabilidad obtener cualquier formulario de derivación de mi médico de atención primaria que mi compañía de seguros pueda requerir como condición para el pago de mi servicio de salud. 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 ese costo, y que soy directamente responsable ante Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC por cualquier parte de dicho costo que mi seguro la empresa u otro tercero no paga, 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 co-pago, obligación deducible u otra parte de Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC por servicios a esa persona que mi compañía de seguros u otro tercero no paga. Si ese paciente es mi hijo menor de edad, reconozco que soy legalmente responsable ante Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC por su cargo por los servicios al paciente sin tener en cuenta la asignación de responsabilidad por dichos cargos entre otras personas y yo en un decreto de divorcio u otra orden judicial o decreto. Entiendo que si mi cuenta con Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC no se paga por más de un período de tiempo razonable, Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC colocará mi cuenta en una agencia de cobranza y, si es necesario, ocasionará que mi cuenta no pagada aparezca en mi informe crediticio. Acepto respaldar y remitir a Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC todos los pagos de seguros o de terceros que reciba por los servicios que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC me haya prestado, inmediatamente después de recibir dicho pago.

_____ **(Iniciales)** Registros médicos: Entiendo que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC mantiene registros médicos en la oficina que se utilizarán de manera continua para planificar la atención y el tratamiento. Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC 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 Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC a acceder a mi historial de recetas de fuentes externas. PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mis reclamos de Medicare. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios a Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC.

_____ **(Iniciales)** Correo electrónico: Si he proporcionado mi dirección de correo electrónico en este formulario, entiendo que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC mantendrá esa dirección confidencial y no la rentará ni la venderá. Entiendo que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC ha solicitado mi dirección de correo electrónico en caso de que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC necesite comunicarse conmigo. Doy mi consentimiento para que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC me envíe, como cortesía, comunicaciones de seguimiento del paciente, encuestas de satisfacción o avisos urgentes. Doy mi consentimiento para que Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC envíe correos electrónicos no seguros con respecto a mi visita a la dirección de correo electrónico que he proporcionado en este formulario.

_____ **(Iniciales)** Consentimiento para llamadas telefónicas: 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 de marcación automática y los mensajes pregrabados de Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC, sus sucesores, cesionarios, afiliados, agentes, contratistas independientes, administradores y agentes de cobranza. Entiendo que estas llamadas pueden estar relacionadas con mi visita a Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC u obligaciones financieras relacionadas con mi visita.

_____ **(Iniciales)** Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de la Política de privacidad de Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC HIPPA y entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, debo comunicarme con el Oficial de privacidad Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center LLC al 1-855-WOUND01.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

POLÍTICA DE ASISTENCIA DEL PACIENTE

En US Wound Care & Hyperbaric Centers nos esforzamos por brindar a nuestros pacientes un excelente servicio y atención. Nuestro compromiso con su bienestar y curación en el cuidado de nuestras heridas y el proceso hiperbárico es algo que todos en nuestra clínica se toman muy en serio. Nos enorgullecemos de brindar un enfoque de equipo personalizado en la atención. Con el fin de brindar este nivel de servicio, nos reservamos horarios establecidos para las citas para cada paciente individual.

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

CANCELACIONES: La asistencia constante y la participación activa en su tratamiento es una de las claves para una cicatrización exitosa de las heridas. Las cancelaciones repetidas de última hora implican una falta de compromiso con su recuperación. Por lo tanto, por cualquier motivo que deba cancelar una cita, nuestra oficina requiere un aviso con **24 horas de anticipación**. Las cancelaciones dentro del período de 24 horas o las citas perdidas están sujetas a una **tarifa de cancelación a corto plazo/no presentación de \$25.00**.

NOTA: Este pago por cancelación/no presentación **vencerá antes de su próxima cita programada. Tenga en cuenta que esto 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 crónicas demuestran una falta de compromiso con su atención médica y su 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 finalizar la atención e informaremos a su médico y/o administrador de caso del hecho de que su servicio ha sido finalizado debido al incumplimiento de su orden prescrita.

He leído y entendido las políticas anteriores y estoy de acuerdo con la obligación de mi cuidado.

Firma del paciente/tutor

Fecha

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTE MÉDICO

Al firmar este formulario, autorizo a los US Wound Care & Hyperbaric Centers a divulgar mi información de salud confidencial, mediante la divulgación de una copia de mi expediente médico, o un resumen o narración de mi información de salud protegida, a los médicos/personas/centro/entidad designados y/o aquellos directamente asociados con la atención médica que recibiré en este centro

Firma del Paciente/Tutor

Nombre legible del Paciente

FDN del Paciente

Relación del Tutor

Fecha

-----**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**-----

Médico solicitante: _____

Información del Centro Solicitante:

- Domicilio: 11501 Hutchison Blvd. Suite 109 | Panama City Beach, FL 32407
- Teléfono: (850) 250-0112 Fax: (850) 250-3589

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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros Completos | <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Notas de Evolución | <input type="checkbox"/> Plan de Atención |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología | <input type="checkbox"/> Registro de Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Reportes Quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Reportes Hospitalarios | <input type="checkbox"/> Registros de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Estudios Vasculares |

Otros: _____

El propósito/razón de esta solicitud de divulgación de expediente médico es el siguiente:

