

WELLNESS CENTER OF DOOR COUNTY, INC.
P.O. BOX 85 STURGEON BAY, WI. 54235

REQUEST FOR PROVISION OF MEDICAL SERVICES/ Solicitud para servicios médicos que incluyen: El examen de Laboratorio, el Reconocimiento de recibo de notas de la Prácticas de Intimidad y de Información de Salud.

Nombre del Paciente/ Client Name: _____ Chart# _____

Antes que usted dé consentimiento, esté seguro que comprende la información que le hemos dado a usted. Si usted tiene cualquier pregunta, seremos felices de discutirlos con usted. Recuerde que su consentimiento es enteramente voluntario. Usted puede pedir una copia de esta forma.

Yo por el presente solicito que una persona autorizada por el Wellness Center de Door County, s.a. me examine, en una o más ocasiones, y realice cualquier prueba de laboratorio que puede ser necesario como una parte de mi examen y tratamiento. Comprendo que seré informado de la naturaleza y proposito de cualquier examen o prueba requerida antes que sean realizados. Yo también comprendo que seré dado una oportunidad para preguntar cualquier pregunta que yo quizás tenga y que un clínico estara disponible para contestar mis preguntas. Yo me doy cuenta que puedo negar cualquier prueba que no deseo realizarse.

Comprendo que si alguna prueba es tomada para infecciones sexualmente transmitidas, informando de ciertos resultados positivos a agencias sanitarias es requerido por ley y que puedo ser pedido ofrecer los nombres de contactos sexuales recientes.

Queda libre el Centro Wellness de Door County, Inc. y su personal médico de cualquier y toda obligación que surga fuera de o conectado con resultados de prueba erronias de un laboratorio exterior, especialmente con respecto a cualquier error en el diagnóstico basado en estos resultados erróneos.

Comprendo que referencia será necesaria para un diagnóstico adicional y/o tratamiento donde indicado. Comprendo que si es necesario, asumiré la responsabilidad para una visita medica. He sido dicho cómo conseguir este cuidado en caso de emergencia médica.

Doy mi permiso al centro Wellness de Door County y otros autorizados por ellos a utilizar la información contenida en mi historial médico para propósitos estadísticos, con la comprensión que esa informacion se mantrenda confidencial.

Reconozco que he recibo del Centro Wellness de Door County la información de salud. (Informacion de la salud del Centro Wellness de Door County- HIPPA- son encontrados en carpetas blancas en el área de sala de espera, las copias están disponibles a base de petición).

Comprendo que soy financieramente responsable al centro Wellness de Door County y prometo expresamente y concuerdo en pagar el centro todas las cargas que no son pagadas por mi plan de seguro, el SEGURO MEDICO GLOBAL, PPO ni otro alcance que no sean cubiertos por el medicaid ni el medicare. Las tareas son válidas para un año.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Presencio el hecho que el cliente recibió la información y dijo ella/él leyó y lo comprendió y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del Testigo _____ Fecha _____