



Tiene un medico que usa regularmente?

Si la respuesta es sí, porfavor provea la informacion siguiente:

Nombre del medico _____ Numero de teléfono _____

Consentimiento para el Tratamiento

Les doy mi permiso darme el cuidado necesario: los tratamientos, las cirugias, radio x, examenes laboratorios, terapias psicologicas.

Compendo que no hay garantias y que puedo hacer las preguntas que deseo.

Les doy permiso hacer un examen de sangre/una prueba para SIDA o hepatitis en caso que mi sangre accidentalmente haya sido expuesta a un trabajador de salud:

Assignment and Release

Yo les doy permiso pedir que mi seguro me pague a mi o el medico por los servicios medicos que recibo en la clinica.

Entiendo que yo soy responsable pagar lo que mi seguro no cubre.

Les doy permiso compartir la informacion acerca de mi tratamiento y mi cuenta a los siguientes individuos:

Dar a _____ Relacion _____

Firma _____ Fecha _____

Destiny Family Medical Clinic puedan orar por mi

_____ Por nombre _____ Por mis iniciales _____ Sin nombrarme

¿Como es que sabe de la clinica?

_____ Un amigo

_____ Avera Free Clinic

_____ Familia

_____ Falls Community Health

_____ Directorio

_____ Otro (Por favor especificar) _____

Para los que usan (la) consejeria profesional

Yo autorizo el uso de intervenciones espirituales en la clinica incluyendo

_____ Oracion para mi

_____ Referencias a la Biblia

_____ Oracion conmigo

_____ Consejos de la Biblia

Firma _____ Fecha _____