

**DR. DAVID TURBAY**  
**REGISTRACION**

(Letra en molde)

Fecha:	Doctor Primario:			
<b>INFORMACION DE PACIENTE</b>				
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:
Direccion:			Numero de Seguro Social:	
Correo electronico:		Numero de telefono (casa) (    )	Numero de telefono (alternativo): (    )	
Ocupacion:	Empleador:		Numero de telefono (trabajo): (    )	
Farmacia (Nombre, direccion y telefono)				
<b>EN CASO DE EMERGENCIA / LIBERACION DE INFORMACION</b>				
Nombre de familia/amigo(a):		Relacion:	Fecha de nacimiento:	Numero de telefono: (    )
<b>CONSENT / AUTHORIZATION</b>				
<p>_____ (Inicial) <b>Consentimiento para el tratamiento:</b> Yo el presente doy consentimiento al Dr. David Turbay para mi tratado medico. Al igual autorizo la liberacion de cualquier informacion o documento medico que sea necesario para mi tratamiento.</p>				
<p>_____ (Inicial) <b>Aviso de Privacida al tratamiento:</b> Yo eh recibido una copia de Aviso de Privacidad del Tratamiento, detallando como mi informacion de salud puede ser usada o liberada permitido bajo las leyes Federales y Estatales y esbozando mis derechos sobre informacion de salud.</p>				
<p>_____ (Inicial) <b>Liberacion de informacion:</b> Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion que sea necesaria a mi doctor primario o a quien me refirio para informarle de mi cuidado. Al igual autorizo al Dr. David Turbay y sus empleados que liberen cualquier informacion necesaria para mi cuidado a la persona mencionada. (Este documento no es un sustituto de un poder autorizado legal)</p>				
<p>_____ (Inicial) <b>Responsabilidad de Pago:</b> Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion or documento necesario para el proceso del reclamo de pago con mi compania de aseguranza. Yo autorizo que todos los pagos se le hagan directamente al Dr. David Turbay por los reclamos de de servicio recibidos en mi nombre. . <b><i>Estoy conciente que yo sere responsable por cualquier pago que no sea cubierto por mi compania de aseguranza.</i></b></p>				
<p>_____ (Inicial) <b>No presentarse/Cargos de cancelacion:</b> Se aplicara un cargo de \$25 por citas no canceladas con anticipacion. Citas deberan ser canceladas con el minimo 24 horas previas a su cita.</p>				
<p>_____ (Inicial) <b>Follow My Health Portal de salud:</b> Yo certifico que yo (or mi representante) soy el dueno del correo electronico brindado. Yo autorizo a el Dr. David Turbay y sus empleados autorizados que registren el correo electronico al FMH portal cual me brindara acceso a mi expediente.</p>				
La informacion brindado es verdad para el mayor de mi conocimiento.				
_____			_____	
Firma del Paciente			Fecha	