



COMPREHENSIVE
UROLOGY

Kia Michel, M.D.
Dino Deconcini, M.D.

Robert Sanford, M.D.
Arash Akhavein, M.D.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA:				
NOMBRE: APELLIDO,	PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: __M / __F
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:				
DOMICILIO:				
Numero de calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Numero de Telefono: () _____ - _____		Numero de Celular: () _____ - _____		
Direccion de su correo electronico:				
Doctor quien lo(a) refirio:		Numero de oficina: () _____ - _____		
Doctor de cabecera:		Numero de oficina: () _____ - _____		

MENOR DE EDAD:		
Nombre de Madre: Apellido,	Primer Nombre	Numero de telefono: () _____ - _____
Nombre de Padre: Apellido,	Primer Nombre	Numero de telefono: () _____ - _____
Persona responsable por la cuenta:		

EN CASO DE EMERGENCIA	
Nombre de contacto:	Numero de telefono: () _____ - _____



COMPREHENSIVE
UROLOGY

Arash Akhavan, M.D.
Dino Deconcini, M.D.
Robert S. Sanford, M.D.

Kia Michel, M.D.

Cristina Palmer, D.O.
Mazyar Motahedeht, PA-C
Tamaré Lusinyan, PA-C

Autorización para divulgar información médica protegida

Si usted quiere que cierta información sea divulgada por los doctores del grupo médico de Urología Comprensivo o los empleados, la siguiente forma permite que el grupo médico de Urología Comprensivo divulgue la información indicada.

Yo _____ autorizo que el grupo médico de Urología Comprensivo proveer información médica a mi familia, amigos que nombre en este documento. Urología Comprensivo va a divulgar la información que marque abajo.

Persona permitida a recibir información

Relación

Persona permitida a recibir información	Relación

Información que se va a divulgar (v)

- _____ Información de citas medicas
- _____ Resultados del laboratorio
- _____ Preguntas generales de su salud
- _____ Instrucciones pre operativas o pos operativas
- _____ Solicitar copias de sus registros médicos

Reconozco que con mi firma el grupo medico de urología comprensivo queda liberado de cualquier y todo reclamo, demandas o responsabilidades que deriva de o de cualquier manera relacionado con la divulgación de la información anterior. Yo reconozco que he autorizado a el grupo medico de urología comprensiva para liberar dicha información. He leído y revisado la versión anterior y entiendo su contenido. También tengo el derecho para cambiar o revocar esta petición en cualquier momento.

Precaución: esta es una versión lea antes de firmar

Ejecutado en _____ (ciudad), California, el _____(fecha)

Firma Del paciente _____

Escriba su nombre _____



COMPREHENSIVE
UROLOGY

Arash Akhavan, M.D.
Dino Deconcini, M.D.
Robert S. Sanford, M.D.

Kia Michel, M.D.

Cristina Palmer, D.O.
Mazyar Motahedeht, PA-C
Tamar Lusinyan, PA-C

Autorización para pagar directamente los beneficios médicos y quirúrgicos al médico que lo atendió

Yo autorizo que _____ haga los pagos directamente a Kiarash Michel M.D., Robert Sanford M.D., Dino Deconcini M.D., Cristina Palmer, D.O. o El Grupo Medico De Urología Comprensivo, para todos los beneficios de gastos médicos y quirúrgicos o seria pagado a mí para este periodo de tratamiento por el seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. También autorizo que la liberación de mis registros médicos a la compañía de seguros.

Escriba su nombre _____

Firme su nombre _____



COMPREHENSIVE
UROLOGY

Arash Akhavan, M.D.
Dino Deconcini, M.D.
Robert S. Sanford, M.D.

Kia Michel, M.D.

Cristina Palmer, D.O.
Mazyar Motahedeh, PA-C
Tamara Lusinyan, PA-C

Notificación de Prácticas de privacidad

La práctica se reserva el derecho a modificar la póliza de privacidad que se describe en este aviso.

Escriba su nombre _____

Firme su nombre _____

Fecha _____

Firma del representante del paciente _____

(necesario si el paciente es menor de edad o un adulto que no pueda firmar por si mismo)

Relación del representante: _____