



INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Liste el amigo o pariente más cercano que no viva con usted:

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio: _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Laboral: _____ Celular: _____

Si no podemos hablar directamente con usted, por favor liste cónyuge, parientes o amigos con quienes podamos hablar sobre su información médica personal.

Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación: _____

Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación: _____

Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Southwest Women's Oncology tiene mi consentimiento para divulgar cualquier historial médico relacionado con mi continua atención médica a cualquiera de mis médicos tratantes. También he dado mi consentimiento para que mi historial médico sea divulgado a cualquier compañía de seguros por medio de la cual esté asegurado (o al empleador, si la cobertura se da por medio de un plan de seguro colectivo) cuando sea necesario para procesar reclamos por los servicios prestados.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

En consideración de los servicios prestados, por medio de la presente asigno y transfiero irrevocablemente a Southwest Women's Oncology, el pago de seguro de beneficios médicos.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que seré financieramente responsable por todos los servicios que Southwest Women's Oncology me preste durante la duración de mi tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por medio de la presente doy mi consentimiento para tratamiento médico por parte de los médicos y/o personal médico de Southwest Women's Oncology, de acuerdo con lo indicado por los médicos.

Este documento firmado se considerará válido **hasta por dos (2)** años desde la fecha indicada abajo. Una copia fotostática de este deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha

POR FAVOR VEA LA OTRA CARA