

# HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway St.  
Johnsonville, SC 29555  
843-386-3573 Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.  
Conway, SC 29526  
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge. Rd.  
Conway, SC 29526  
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Dr.  
Marion, SC 29571  
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

## AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO MEDICO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ Por medio de la presente autorizo la administración de tratamientos y realización de procedimientos (s) medico/dental mientras \_\_\_\_\_ es paciente de Health Care Partners of SC, Inc.

Nombre del paciente

Entiendo que los tratamientos y procedimientos serán realizados por médicos, enfermeras practicantes, enfermeras certificadas en partos, enfermeras, dentista/o higienista dental, especialista en conducta, y empleados de Health Care Partners of SC, Inc., El presente documento es con el propósito de dar plena autorización a médicos, enfermeras practicantes, enfermeras certificadas en partos y sus respectivos asistentes de administrar medicamentos y/o realizar todos los tratamientos, pruebas o procedimientos de diagnóstico incluyendo exámenes para dictaminar enfermedades infecto contagiosas entre otras como Sífilis, Hepatitis B, y SIDA. También doy consentimiento para exámenes de detección de Drogas si es conveniente a juicio profesional de los médicos, enfermeras practicantes, enfermeras certificadas en partos, dentista, asesor de asistencia social de Health Care Partners of SC, Inc.; tienen mi autorización para revelar información a las agencias y personas adecuadas cuando sea necesario para proteger mi bienestar, el bienestar del paciente y/o el de la comunidad. A lo anteriormente mencionado doy mi consentimiento y autorización en lo que concierne a mi y/o a mi representado.

Health Care Partners of SC, Inc. está autorizado para proporcionar información o extractos a otro Doctor o proveedor si es del caso, y a cualquier compañía de seguros o pagador tercero autorizado con el fin de obtener el pago de la cuenta de Health Care Partners of S.C. Inc. por los servicios dados al paciente. Yo expresamente acepto ser personalmente responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por un tercer pagador.

Ademas Por la presente otorgo permiso a health Care Partners of SC, Inc. para proporcionar u obtener información a / de las siguientes personas.

NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE

Por la presente certifico que he leído y entendido la anterior autorización y si existen parágrafos o párrafos que han sido señalados con mis iniciales antes de firmar significa que no estoy de acuerdo y que no se han hecho garantías, ni se han asegurado los resultados de los tratamientos y procedimientos

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante legal/Padre / Custodio

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente.

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha: \_\_\_\_\_