# HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

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

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

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

145 Palmetto Pointe Rd.
Marion, SC 29571
843-423-2400
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-352-8772
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-488-6350
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 _____
Nombre del paciente
es paciente de Health Care Partners of SC, Inc.

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 autorizacion 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 obetener 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: