

South Austin Oral Surgery – Información de Nuevo Paciente

Fecha de Hoy: _____

Título: Mr. Mrs. Ms. Dr. Other: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Direction: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Numero de Telefono: _____ Mobile Casa Trabajo

Alternate Numero de Telefono: _____ Mobile Casa Trabajo

Correo Electronico: _____

El correo electrónico sin cifrar suele ser más fácil de abrir, pero más vulnerable a los piratas informáticos. Los correos electrónicos que envía y recibe todos los días probablemente no estén encriptados. ¿Nos permitirá enviar información médica y de facturación privada sin cifrar a esta dirección de correo electrónico?

Si No Puede notificarnos un cambio en cualquier momento.

Dentista General: _____ Telefono: _____

¿Quién te refirió o cómo supiste de la oficina? _____

La Ley Privada de HIPAA South Austin Oral Surgery (SAOS), Dr. Nitin Raju, y empleados SAOS para discutir su caso con familiares y amigos involucrados en su cuidado, ya sea que haya o no una emergencia. Por ejemplo, se nos permite hablar sobre el cuidado posoperatorio con su acompañante, a menos que usted nos indique que no lo hagamos. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Emergencias

En el caso de una emergencia médica en la que esté incapacitado, la ley de Texas (Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 166) nos indica a nosotros, a SAOS y al Dr. Nitin Raju, que tomemos decisiones médicas basadas primero en cualquier directiva que pueda tener. Directiva significa una directiva anticipada de Texas, un poder notarial médico de Texas (un poder notarial regular es diferente y no se aplica a la atención médica) o una orden DNR fuera del hospital.

Si no existe una directiva, el Dr. Nitin Raju tomará decisiones médicas con una persona de las siguientes categorías en el siguiente orden de prioridad: 1) tutor legal, 2) cónyuge adulto legal, 3) un hijo adulto disponible, 4) uno de sus padres, 5) su pariente vivo más cercano, o 6) otro médico que no participe en su atención.

¿Usted, el paciente, tiene un poder médico designado, una directiva anticipada, una orden DNR fuera del hospital o un tutor legal sobre usted? Si No

Si es así, por favor envíenos una copia de la documentación. De lo contrario, puede completar un Poder notarial médico de Texas, una Directiva anticipada de Texas o un DNR fuera del hospital de Texas antes de la cirugía y proporcionarnos una copia. Los formularios están disponibles en Internet y las instrucciones y/o muestras están escritas en [El Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 166](#). No es necesario que tenga un abogado para escribir o completar estos formularios. Los formularios requieren testigos o notarización. Un DNR fuera del hospital requiere la firma de su médico tratante (principal o de atención primaria). Proporcione información sobre su tutor legal, poder notarial médico, cónyuge, hijo adulto, padre o pariente vivo más cercano en ese orden de prioridad.

Nombre: _____

Relation al Paciente: _____ Numero de Telefono: _____

Direction: _____

¿Ahí alguien quien NO Quiere compartir información de su caso? (Esposo, Hijo, Padres, etc.)?

Firma _____

Quien lleno la Información: Paciente Guardian Legal otro