



A Northside Network Provider

English - Spanish

Full Name: _____ **Date of Birth** _____

Nombre completo: (First / Primer nombre) (Middle / 2do nombre) (Last / Apellido) Fecha de nacimiento

Gender (circle) **Male** **Female** **Marital Status (circle)** **Single** **Married** **Divorced** **Widowed**
Género (Rodee con un círculo) Hombre Mujer Estado civil (rodee con un círculo) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

***Preferred Phone Number** home cell _____
*Número de teléfono de preferencia casa celular

***Email / Correo electrónico** _____

Ethnicity **Hispanic or Latino** **Not Hispanic or Latino** **Unknown/Declined**
Etnia Hispano o latino No hispano o latino Desconoce/rehúsa contestar

Race **American Indian/Alaskan Native** **Asian** **Black/African American** **Native Hawaiian/Pacific Islander**
Raza Indio estadounidense/Natural de Alaska Asiático De raza negra/estadounidense Natural de Hawaii /Isleño del pacífico

White **Other** **Unknown/Declined**
Blanca Otra No sabe/Rehúsa contestar

Preferred Language **English** **Spanish** **Chinese(Cantonese)** **Chinese(Mandarin)** **French** **German**
Idioma de preferencia Inglés Español Chino(cantonés) Chino(mandarín) Francés Alemán

Italian **Japanese** **Portuguese** **Russian** **Other**
Italiano Japonés Portugués Ruso Otro

Employer _____ **Employer Phone** _____
Empleador Número de teléfono del empleador

Preferred Communication for Appointment Reminders: **Phone Call** **Automated Text** **Automated Email**
Comunicación de preferencia para los recordatorios de las citas: Llamada Texto automático Mensaje de correo electrónico

Patient Agrees that Practice may also rely on patient's expressed preference when making the appointment

El paciente acepta que el consultorio también se basará en la preferencia expresada cuando se fijen las citas.

We require a minimum of 24 hour notice for cancellations. Failure to do so may result in a charge for the missed appointment.

Se requiere un mínimo de 24 horas de aviso para las cancelaciones. De no hacerlo así, se podrá cobrar el costo de la cita perdida.

Pharmacy Information / Datos de la farmacia

Pharmacy Name _____ **Phone** _____ **Fax** _____
Nombre de la farmacia Teléfono

Pharmacy Address _____
Dirección de la farmacia

Guarantor if not the patient (financially responsible party for minor or incapacitated adult):

Garante si no es el paciente (responsable financiero por ser menor o adulto incapacitado):

Name _____ **Date of Birth** _____ **Relationship to Patient** _____
Nombre Fecha de nacimiento Relación/parentesco con el paciente

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

***Preferred Phone Number** home cell _____ ***Email** _____
*Número de teléfono de preferencia casa celular Correo electrónico

*Al proveer un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, entiende que la comunicación por correo electrónico y por mensajes de texto puede ser una forma insegura de comunicación y consiente y autoriza en forma expresa a que Northside y sus afiliados se comuniquen con usted mediante llamadas telefónicas (mediante cualquier tipo de equipo de llamadas como tecnología de voz artificial o con grabaciones previas y/o sistemas de llamadas telefónicas automáticos), mensajes de texto y/o mensajes de correo electrónico, esto incluye recordatorios de citas, mensajes sobre pagos, comunicaciones para la mejora de la calidad como encuestas e invitaciones para unirse a nuestro portal seguro para pacientes, si está disponible.

Emergency Contacts Information and Relationship to Patient: / Datos de los contactos de emergencia y relación con el paciente:

Name _____ **Relationship** _____ **Phone** _____
Nombre Relación Teléfono

Name _____ **Relationship** _____ **Phone** _____
Nombre Relación Teléfono

SPANISH TRANSLATION: PATIENT REGISTRATION FORM

Referring Physician Information: / Información del médico remitente:

Physician Name _____ **Specialty** _____ **Office Name** _____
Nombre del médico Especialidad Nombre del consultorio
Address: _____ **Phone** _____ **Fax** _____
Dirección Teléfono

Primary Care Physician Information (if different than referring physician):

Médico de cabecera (en caso de que sea diferente al médico remitente):

Physician Name _____ **Specialty** _____ **Office Name** _____
Nombre del médico Especialidad Nombre del consultorio
Address: _____ **Phone** _____ **Fax** _____
Dirección Teléfono

Does your insurance require a referral? YES / Sí NO; if yes, please provide the referral to the receptionist
¿Su seguro requiere de una derivación? Si responde «Sí» por favor entréguele la derivación a la recepcionista

Primary Insurance / Seguro primario

Secondary Insurance / Seguro secundario

Name of Insurance _____
Nombre del seguro médico

Policy Holder Name and Date of Birth _____
Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza

Policy Holder Relationship to Patient _____
Relación o parentesco del titular de la póliza con el paciente

Policy/Member ID Number _____
Número de identificación de la póliza/asegurado

Group/Plan Number _____
Grupo/Número de plan

Patient/Guarantor Signature _____ **Date** _____
Firma del paciente/garante Fecha



A Northside Network Provider

English - Spanish

Patient Name _____
Nombre del paciente

Date of Birth _____ / _____ / _____
Fecha de nAc.: Month / Mes Day/Día Year/Año

FINANCIAL ACKNOWLEDGEMENT / ACUSE DE RECIBO DE ASUNTOS FINANCIEROS

ASSIGNMENT OF BENEFITS / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: A menos que yo especifique lo contrario, ya sea por escrito o verbalmente, en virtud de los servicios prestados por Northside Hospital, por la presente asigno y transfiero al hospital y a otros proveedores de servicios médicos, todos los beneficios pagaderos correspondientes a hospitales y proveedores médicos, tal como lo estipulan mis pólizas de seguros o planes de beneficios médicos. Por la presente asigno y transfiero todos los derechos y recursos que correspondan bajo lo establecido por las pólizas de seguro o los planes de beneficios que he identificado o habré de identificar en relación con todos los servicios prestados, incluidos, entre otros, todos los derechos y recursos de conformidad con las reglamentaciones estatales, federales y de la ley ERISA (Employee Retirement Income Security Act). Por medio de la presente asigno y transfiero al hospital y a otros proveedores médicos, todos los derechos que correspondan, conforme a la ley ERISA, y las reglamentaciones federales o estatales, para que emprendan todo trámite para denegar beneficios, limitar la cobertura o solicitar la revisión de obligaciones fiduciarias que involucren la administración de beneficios por parte del U.S. Dept of Labor (Departamento de Trabajo de EE. UU.) el Department of Community Health (Departamento de Salud Comunitaria) o el Department of Insurance (Departamento de Seguros). Autorizo e instruyo a la compañía de seguros a pagar tales beneficios al hospital y a los proveedores médicos que correspondan. Entiendo que esa asignación no me exime de ninguna responsabilidad que pueda tener por el pago de los cargos que no sean pagados por la compañía de seguros, a menos que sea provisto de manera diferente bajo los términos de un acuerdo entre la compañía de seguros y el hospital. Si la hospitalización se debe a un embarazo, la asignación de beneficios corresponde también a todo bebé recién nacido. Garantizo que la información que he dado con respecto a mi cobertura es fiel y verdadera. También comprendo que a fin de obtener el pago correspondiente, Northside Hospital podrá someter mi información médica por este o cualquier otro reclamo relacionado, la cual puede incluir información confidencial (como información sobre salud mental, consumo y abuso de alcohol y drogas o VIH/SIDA). Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mi persona y por escrito.

PRECERTIFICATION / PRECERTIFICACIÓN: Entiendo que mi póliza de seguros puede exigir que se cumpla con un programa de comprobación de utilización para verificar que los fondos para beneficios de atención médica se usen cuando exista una justificación. Entiendo que el programa de comprobación de utilización tiene la responsabilidad de evaluar las hospitalizaciones programadas propuestas y los ciclos de tratamiento previstos. Entiendo que si el programa de comprobación de utilización determina que la hospitalización es necesaria y adecuada y expide una certificación, tendré a mi disposición los beneficios de mi plan de atención médica de conformidad con los términos de mi póliza. Sin embargo, si se deniega la certificación, los beneficios de atención médica pueden ser suspendidos. Entiendo que la certificación previa puede ser responsabilidad del paciente o de quien tiene la responsabilidad económica y del médico a cargo de la atención. Entiendo que Northside Hospital está dispuesto a hacer la hospitalización tal como lo solicite mi médico. También entiendo que quizá deba asumir la responsabilidad económica de todos los gastos hospitalarios incurridos como resultado de esta hospitalización, si es que el programa de comprobación de utilización rehúsa certificar que la hospitalización es adecuada o si la certificación se solicitó demasiado tarde como para considerarse válida. Entiendo que para protegerme de pérdidas económicas personales innecesarias, debo mostrar mi cobertura de seguro al momento del registro, verificar lo antes posible cuáles son las obligaciones que me corresponden con la compañía de seguros, el programa de comprobación de utilización y mi propio médico.

ABOUT YOUR BILLING / SOBRE SU FACTURACIÓN:

Servicios prestados por el hospital y por otros proveedores — Además de la factura de Northside Hospital, posiblemente recibirá también otra factura que cubre el componente profesional del tratamiento. Aunque Northside Hospital sea un proveedor participante de la red de proveedores de su seguro, puede ser que el médico o la agrupación que brinda servicios profesionales no sea considerado como un proveedor de servicios participante o bajo cobertura. Los pacientes de Medicare y Medicare Advantage recibirán un cálculo aproximado de su responsabilidad como cosegurado. Si la atención recibida fue por servicios ambulatorios, la compañía de seguros procesará la solicitud de pago según corresponda a los servicios ambulatorios. Es posible que los servicios de atención ambulatoria requieran el pago de coseguro, deducible y/o copago, según lo establecido en los beneficios de la póliza del seguro.

Ubicación de los consultorios médicos — Si se prestan los servicios en un consultorio médico particular (que no es un consultorio médico externo de Northside Hospital) los beneficios del seguro médico serán procesados como si se tratara de una cita en un consultorio médico.

FINANCIAL RESPONSIBILITY / RESPONSABILIDAD ECONÓMICA: Se espera que los servicios prestados se paguen en su totalidad el mismo día que se reciben. Las cuentas que tengan más de 30 días de vencimiento acumularán intereses a una tasa anual del 8 por ciento. Este interés no aplica a deducibles o copagos de Medicare, Medicaid ni a ningún otro programa gubernamental. (Las cuentas que estén dentro de otro contrato de pagos acordado no se les considerará vencidas, siempre y cuando el plan sea aceptado por escrito conforme al «Acuerdo para un Plan de Pagos en Cuotas de Northside Hospital», hasta un máximo de ciento ochenta (180) días de servicio, según sea el Plan de Pagos establecido, y siempre que se cumplan todas las condiciones del plan de pagos). Los pacientes con seguro médico deben pagar el copago, la cantidad de deducible que falta por pagar y el estimado de coseguro antes de recibir cualquier servicio programado, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Los pacientes sin seguro médico deben pagar la totalidad adeudada antes de recibir cualquier tipo de servicio programado, a menos que se haya hecho otro tipo de arreglo. Tal como lo establecen las leyes federales, esta disposición no incluye las evaluaciones de carácter urgente o los tratamientos de estabilización, y no se exigirá ningún pago antes de la realización de los mismo.

Autorizo a Northside Hospital o cualquiera de sus afiliados, representantes, contratistas o asociados a comunicarse conmigo (por medio del uso de cualquier número telefónico, dirección electrónica u otras formas de contacto que yo haya provisto o que otra persona haya provisto en mi nombre) por cualquier sistema de marcado automático, mediante sistemas de voz o mensajes pregrabados, correos electrónicos de propiedad o utilizados por el garante o por la parte responsable, teléfonos o teléfonos celulares por motivos relacionados con los servicios o por pago de los servicios que recibí en Northside Hospital, incluido pero no limitado a fines de cobro de deudas. Además, entiendo y reconozco que no es necesaria mi autorización para recibir la comunicación ya mencionada, ni es una condición necesaria precedente a recibir atención médica en Northside Hospital.

I do not agree with the above statement and do not wish to be contacted by the use of any automatic dialing system; by pre-recorded form of voice/messaging systems; by electronic mail or by receiving voice messages on my cell phone, except for clinical issues. / No estoy de acuerdo con lo mencionado anteriormente y no deseo que se comuniquen conmigo mediante sistemas de marcado automático; ni por medio de sistemas de voz o de mensajes pregrabados, ni por medio de correos electrónicos, ni por mensajes de voz dejados en mi celular, salvo por algún problema clínico.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto haber leído o que me han leído este formulario y entiendo y estoy de acuerdo con el contenido del mismo.

PATIENT / REPRESENTATIVE / PACIENTE O REPRESENTANTE DATE / FECHA

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE

Interpreter Signature / Firma del intérprete

Note: If phone interpretation used, record interpreter ID #

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT / ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad («Notificación») de Northside Hospital Inc. y del personal médico de Northside Hospital. En dicha notificación se proporciona información sobre la forma en que Northside Hospital y el personal médico de Northside Hospital pueden usar y dar a conocer la información relacionada con mi salud. Se me aconsejó que leyera la notificación en su totalidad.

Entiendo que Northside Hospital y los miembros del personal médico se desempeñan bajo un «convenio organizado de atención médica», y que se me ha entregado una notificación conjunta de las prácticas de privacidad. Si bien el hospital y los miembros del personal médico han establecido un convenio organizado de atención médica, a fin de cumplir con lo dispuesto por las leyes sobre privacidad; los miembros del personal médico que brindan servicios en este hospital o en sus centros de atención ambulatoria, no son empleados ni representantes del Hospital sino contratistas independientes. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones, y Northside Hospital no es responsable por las acciones u omisiones de ninguno de dichos contratistas independientes.

Entiendo que la Notificación está sujeta a modificaciones. Si Northside Hospital cambia esta notificación, puedo obtener una copia de la notificación modificada en el sitio web de Northside (www.northside.com).

PATIENT/REPRESENTATIVE / PACIENTE O REPRESENTANTE DATE / FECHA

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT FOR RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES / IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Patient/Representative refused to sign El paciente o su representante rehusó firmar Patient not competent to sign and legal representative not present El paciente no está capacitado para firmar y el representante no se encuentra presente Other Otro

Interpreter Signature / Firma del intérprete

Note: If phone interpretation used, record interpreter ID #

ACUSE DE RECIBO ANUAL

SPANISH TRANSLATION: ANNUAL ACKNOWLEDGEMENT



A Northside Network Provider

English - Spanish

PATIENT'S NAME:

NOMBRE DEL PACIENTE:

DATE OF BIRTH:

FECHA DE NACIMIENTO:

BY SIGNING BELOW I ACKNOWLEDGE AND AGREE THAT: / AL FIRMAR A CONTINUACIÓN RECONOZCO Y ACEPTO QUE:

Consent to Routine Procedures. / Consentimiento para procedimientos de rutina. Doy mi consentimiento para recibir atención médica y que me hagan procedimientos mientras sea paciente de ESTE CONSULTORIO MÉDICO O CUALQUIER OTRO consultorio afiliado a la red de Northside («la práctica»). Esto comprende exámenes o procedimientos no invasivos indicados por el médico u otro proveedor de atención médica, como exámenes de rutina, pinchazos con agujas, exámenes físicos y tratamientos, administración de medicamentos, extracciones de sangre, toma de muestras de secreciones corporales o tejidos, inserción de tubos, procedimientos para obtener imágenes o fisioterapia («procedimientos de rutina»). Asimismo doy mi consentimiento para que se lleven a cabo intervenciones menores bajo anestesia local, por ejemplo, aspiración de médula ósea o extirpación de papilomas cutáneos. («Intervenciones menores»).

Los médicos, enfermeros, auxiliares, asociados médicos u otros profesionales de la salud realizan los procedimientos de rutina. Los médicos o los auxiliares médicos calificados realizan las intervenciones menores. Si bien estos procedimientos se hacen a diario sin inconvenientes, puede haber riesgos significativos asociados a los mismos. No es posible enumerar todos los riesgos de uno de los procedimientos, pero en circunstancias excepcionales, los procedimientos pueden causar infección, pérdida de extremidades o de su funcionamiento, daño en tejidos o implantes, parálisis o la muerte. Si tengo alguna pregunta o preocupación sobre estos procedimientos, solicitaré más información a mi médico. Si no autorizo alguno de los procedimientos, le informaré a mi médico u a otro proveedor de atención médica cuando me recomienden tal procedimiento.

Testing And Disposition Of Specimens, Devices, Foreign Objects. / Análisis y disposición de muestras biológicas, dispositivos y cuerpos extraños. Autorizo a cada uno de los consultorios y a todos los laboratorios con los que trabajan los consultorios a almacenar todas las muestras de tejidos, los dispositivos médicos o cuerpos extraños que hayan sido expulsados o separados de mi cuerpo de otra manera. Si las muestras de tejido incluyen productos de la concepción o restos fetales, el laboratorio podrá desecharlos después de que se hagan las pruebas necesarias. A menos que yo solicite otra cosa por escrito antes del procedimiento, accedo a que los patólogos analicen estos elementos y a que se usen con fines científicos o educativos y a que se desechen o se almacenen a criterio de la práctica o del laboratorio. Le informaré a si tengo una solicitud diferente con respecto al manejo de las muestras. Se desechará todo lo que no reclame dentro de los catorce días posteriores al procedimiento.

Consent To Download Prescription Records. / Consentimiento para descargar los expedientes de recetas médicas. Cada práctica podrá descargar de las farmacias, de los planes de salud y de otros proveedores de atención médica mis antecedentes médicos e incluirlos en mi historia clínica electrónica para mejorar la coordinación de mi atención médica. Esto incluye información sobre medicamentos que se recetaron para el tratamiento de trastornos de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, trastornos de abuso de sustancias o del VIH/SIDA. **Si no deseo que la práctica obtenga esta información, tacharé este párrafo y pondré mis iniciales.** Aunque niegue la autorización para descargar los expedientes de mis recetas médicas, esto no impedirá que el médico tenga acceso a los expedientes a través de "Georgia prescription Drug Monitoring Program for Narcotics" (Programa de monitoreo de medicamentos recetados de Georgia).

Testing For Blood-Borne Pathogens. / Prueba de patógenos transmitidos por sangre. Las leyes de Georgia autorizan las pruebas de patógenos transmitidos por sangre bajo ciertas circunstancias. (1) Si un trabajador médico se ve expuesto a mi sangre (por ej., se pincha con una aguja) me podrán hacer análisis de sangre para detectar enfermedades como el VIH/SIDA. Hay información adicional sobre esta prueba. Me informarán los resultados de la prueba. (2) Si soy una paciente de obstetricia en el tercer trimestre de embarazo, tal vez la práctica indique que me hagan pruebas de detección del VIH y sífilis según lo estipulan las leyes de Georgia. Si deseo rehusar los análisis del VIH o sífilis, tacharé esta frase y pondré mis iniciales. (3) Para el resto de los pacientes, si mi médico recomienda un análisis de detección del VIH, me lo notificará y tendré el derecho de rehusar la prueba en ese momento.

Students. / Estudiantes. La práctica tiene un compromiso con la enseñanza médica. En ocasiones, la atención médica, los exámenes y los tratamientos tal vez los realicen estudiantes bajo la supervisión de un médico u otro miembro autorizado del personal de la práctica. Los estudiantes no tendrán la responsabilidad principal de mi atención médica bajo ninguna circunstancia; en todo momento habrá profesionales de atención médica licenciados que supervisarán a los estudiantes y estarán disponibles para brindarme asistencia. **Si no deseo que los estudiantes participen de mi atención médica o la observen, tacharé este párrafo y pondré mis iniciales.**

Medications From Outside Source. / Medicamentos de una fuente externa. Accedo a notificar al médico acerca de los medicamentos que estoy tomando (como suplementos y productos a base de hierbas) y a seguir sus indicaciones. Si llevo a la práctica ciertos medicamentos para que se me administren, tal vez los examinen a fin de documentar la información en mi expediente, pero la práctica no se hará responsable de la seguridad o de la administración correcta de esos medicamentos.

Privacy, Individuals Involved In My Care. / La privacidad y el personal que participa de mi atención. Entiendo que, a menos que solicite confidencialidad absoluta, las leyes de privacidad permiten que la práctica se comunique con familiares y otras personas que participan en mi atención médica. Accedo a que los proveedores de atención médica se comuniquen conmigo en la presencia de familiares u otras personas que me acompañen durante la cita médica. Si me opongo, se lo notificaré al médico y le pediré a mi familia que salga de la habitación cuando el médico y yo hablemos sobre mi atención médica.

Telehealth. / Telemedicina. Autorizo a que se lleven a cabo consultas de telemedicina según lo indique el médico. Durante esta consulta, tal vez se hable sobre mis antecedentes médicos y resultados de exámenes con profesionales médicos autorizados en el estado de Georgia por medio del uso de la tecnología de telecomunicaciones. En algunos casos se llevará a cabo un examen físico. A menos que me oponga, un técnico sin capacitación médica podrá estar presente para brindar ayuda tecnológica y se podrán realizar grabaciones de audio o video. Puedo denegar o revocar mi consentimiento de consulta de telemedicina en cualquier momento y ello no afectará mi derecho a recibir atención médica en el futuro ni se arriesgará la pérdida de ninguno de los beneficios de Medicaid que pudieran corresponderme. Si no acepto tener una consulta de telemedicina, es posible que algunos servicios no estén disponibles en todas las instalaciones de Northside. Me

RECONOCIMIENTO ANUAL PARA CONSULTORIOS MÉDICOS AFILIADOS A NORTHSIDE HOSPITAL — ASUNTOS CLÍNICOS

SPANISH TRANSLATION: NORTHSIDE HOSPITAL AFFILIATED MEDICAL PRACTICE ANNUAL ACKNOWLEDGEMENT – CLINICAL ISSUES

informaron las opciones alternativas disponibles, las cuales pueden incluir servicios de atención en persona. Todas las leyes estatales y federales, incluso las leyes de privacidad y confidencialidad, aplican a los expedientes de las consultas de telemedicina. El médico asesor me informará de todos los riesgos y ventajas de la consulta de telemedicina. En caso de necesidad urgente, tengo el derecho de consultar de inmediato, en persona, a un empleado o miembro del personal que tenga la capacitación adecuada. **Si NO acepta las consultas de telemedicina, tache este párrafo y ponga sus iniciales.**

PHOTOGRAPHY AND RECORDING. / FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES. Los proveedores de atención médica pueden tomar fotografías o grabar videos con fines de documentación médica o identificación. Las fotografías y la información pertinente de las mismas tal vez se publiquen en revistas profesionales o textos médicos, o se usen con finalidades similares en el campo de la medicina para la enseñanza, los conocimientos o la investigación; siempre y cuando no se me pueda identificar en ninguna de dichas publicaciones o en el uso de la información. No se divulgará mi información médica protegida sin mi consentimiento.

Algunos o todos los profesionales de atención médica que brindan servicios en los consultorios médicos que forman parte de la red, son contratistas independientes; no son representantes o empleados del establecimiento. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones y el establecimiento no se hará responsable por los actos ni las omisiones de ninguno de ellos.

BY SIGNING BELOW I ACKNOWLEDGE AND AGREE THAT: / AL FIRMAR A CONTINUACIÓN RECONOZCO Y ACEPTO QUE:

La práctica de la medicina no es una ciencia exacta. No se me ha ofrecido ninguna garantía con respecto al resultado de cualquier tratamiento o examen que se realice en la práctica.

Los profesionales de atención médica que participan en mi atención se basarán en mis antecedentes médicos y en otra información que yo, mi familia u otros les hayan provisto sobre mi salud para recomendar o realizar ciertos procedimientos. Por lo tanto, accedo a proporcionar información completa y precisa sobre mis antecedentes médicos y afecciones. Me ofrecieron una copia de la declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes de Northside y me informaron al respecto.

Autorizo a que los empleados del hospital, el personal médico bajo la supervisión directa y control del médico a cargo u otro personal médico involucrado en mi atención, participen y asistan en el/los procedimiento(s), y en caso de que algún empleado del hospital se viera expuesto a mi sangre como resultado de la atención proporcionada por el hospital, se me podrá hacer un análisis de sangre para detectar el VIH-SIDA.

I have read or had all pages of this form read to me and understand its contents. All statements that I do not approve of were stricken before I signed this form. If I am signing this form on behalf of another person, to the best of my knowledge, I am legally authorized to consent on that person's behalf. /

Leí o me leyeron todas las páginas de este formulario y entiendo todo su contenido. Se tacharon todas las declaraciones con las que no estoy de acuerdo antes de firmar este formulario. Si firmo este formulario en nombre de otra persona, según mi leal saber y entender, tengo autorización legal para dar mi consentimiento en representación de esa persona.

Witness Testigo	Date Fecha	Time Hora	Signature of Patient or Legal representative Firma del paciente o su representante legal	Date Fecha	Time Hora
--------------------	---------------	--------------	---	---------------	--------------

Interpreter / Intérprete (Note: if phone interpretation used, record interpreter ID#)

Relationship to patient Relación o parentesco con el paciente	reason patient can't sign Razón por la que el paciente no puede firmar
--	---

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION / AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Northside Hospital cumple con las leyes federales de derecho civil aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** Si usted habla un idioma que no sea el inglés, tenemos disponibles servicios de asistencia de interpretación, sin cargo. Llame al 404-845-5898 (Atlanta/Forsyth); 678-493-1507 (Cherokee)

Northside Hospital cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 404-845-5898 (Atlanta/Forsyth) ; 678-493-1507 (Cherokee).

Northside Hospital tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 404-845-5898 (Atlanta/Forsyth) ; 678-493-1507 (Cherokee)