

Consent for Medical Treatment

Consentimiento para Tratamiento Médico



PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name _____ Birthdate _____
Nombre Fecha de nacimiento

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Cell Phone _____ E Mail _____
Teléfono móvil Correo Electrónico

Can Akeso send you messages and appointment reminders via SMS text messaging to your cell phone? Yes No

¿Puede Akeso enviarle mensajes y recordatorios de citas a través de mensajes de texto SMS a su teléfono celular?

If yes, who is your cellular carrier: Verizon AT & T Sprint T-Mobile Nextel Alltel Metro PCS BellSouth

En caso afirmativo, ¿quién es su operador de telefonía celular?

Social Security Number Drivers License Number _____ State _____

We only use your Social Security Number to accurately maintain medical records. Section 7 of the Privacy Act (found at 5 U.S.C. § 552a) provides disclosure is voluntary.

Solo usamos su Número de Seguro Social para mantener con precisión los registros médicos. La Sección 7 de la Ley de Privacidad (que se encuentra en 5 U.S.C. § 552a) establece que la divulgación es voluntaria.

AUTHORIZATION AUTORIZACIÓN

I the undersigned, herby consent to undergo medical examination, including blood specimens, urine test, X-Rays, Tuberculin skin tests, immunizations and other examinations which our clinical staff may consider necessary to complete the medical evaluation. CAUTION: X-Rays are required for some job categories and may be HAZARDOUS to an unborn child.

I authorize the release of any medical information to my prospective/current employer or insurance company.

El abajo firmante consiente en someterse a un examen médico, que incluye muestras de sangre, análisis de orina, rayos X, pruebas cutáneas de tuberculina, inmunizaciones y otros exámenes que nuestro personal clínico puede considerar necesario para completar la evaluación médica. PRECAUCIÓN: Se requieren rayos X para algunas categorías de trabajo y pueden ser PELIGROSOS para un niño nonato. Autorizo la divulgación de cualquier información médica a mi posible empleador o compañía de seguros actual.

Signature _____ Print Name _____ Date _____
Firma Nombre impreso Fecha

Referring Employer _____ Reason for visit today _____
Empleadora referente Motivo de visita hoy