

Willamette Valley Cancer Institute and Research Center  
Oncology Associates of Oregon

Asignación/Financiamiento/Responsabilidades/Consentimiento

Nombre legal del paciente (Último, Primer Medio) \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

del Seguro Social# \_\_\_\_\_ Fecha da nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección de facturación \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (círculo): Teléfono Celular Email Otro idioma preferido: \_\_\_\_\_ Sexo (círculo): M F

Estado civil (círculo): viuda divorciado casada soltera Etnia: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Referencia al médico y al teléfono \_\_\_\_\_

Médico primario y al teléfono \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_\_\_

Parte responsable \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro primario \_\_\_\_\_ Nombre asegurado principal \_\_\_\_\_ fec. nac. \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Nombre asegurado secundario \_\_\_\_\_ fec. nac. \_\_\_\_\_

Número de grupo secundario \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Seguro Terciario \_\_\_\_\_ Nombre asegurado terciario \_\_\_\_\_ fec. nac. \_\_\_\_\_

Número de grupo terciario \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

Solicito que el pago de beneficios autorizados de mi compañía de seguros se haga a mí o en mi nombre al Willamette Valley Cancer Institute and Research Center and Oncology Associates of Oregon (colectivamente "WVCI") por cualquier servicio que me haya proporcionado WVCI, y por la presente asigno a WVCI todos los derechos asignables al pago de los servicios prestados por WVCI, incluidos todos los beneficios de Medicare si estoy en ese programa. Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar información sobre mi cobertura a WVCI. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla a lo siguiente cuando corresponda para determinar beneficios para servicios relacionados: División de Servicios Familiares, Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, aseguradoras y/o agentes de estas compañías, u otros proveedores de atención médica que ayuden en mi atención médica. Entiendo y acepto que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por WVCI, otros proveedores y aseguradoras con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que para que WVCI cumpla con la iniciativa impuesta por el gobierno federal para que el software de prescripción electrónica de medicamentos (e prescribir) envíe recetas a través de Internet a las farmacias, estas transmisiones se realizan de una manera segura que protege la privacidad de la información personal. Acepto que WVCI puede solicitar y utilizar mi historial de prescripción de otros servicios de salud o pagadores externos para fines de tratamiento según lo requerido por la iniciativa federal antes mencionada. Autorizo a WVCI a obtener mi historial de recetas.

ACUERDO FINANCIERO:

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo independientemente de la cobertura del seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros, incluidos los intereses aplicados por la agencia de cobro, el costo de la corte y los honorarios del abogado. Cualquier demanda presentada puede ser presentada en el condado donde se prestan los servicios.

He leído y acepto las disposiciones de este formulario y acepto los términos. Un duplicado de este formulario se considera el mismo que el original.

ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE ME REVOQUE POR ESCRITO

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_  
Primer M Último

Firma del Paciente (fo pacientes de 17 años o menores, signo MUST padre o tutor) Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si es representante legal, proporcione relación con del paciente

Employee's initials  
Las iniciales del empleado

## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Willamette Valley Cancer Institute and Research Center (WVCI)** tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información de atención médica. **WVCI** también tiene la responsabilidad de dar un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe:

1. cómo se puede usar y compartir su información de atención médica
2. cómo puede obtener su información de atención médica
3. y a quién llegar si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

Podemos cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Puede llamar a **WVCI** al **541-683-5001** para obtener una copia actualizada del aviso o para hacer preguntas.

**Por mi firma a continuación, acepto que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Willamette Valley Cancer Institute and Research Center.**

Nombre legal del paciente -- Primero, Medio Inicial, Último

Firma del Paciente o \*Representante Personal

Fecha

Hora

**\*Si esta autorización está firmada por el representante personal de un paciente en nombre del paciente, complete losiguiente:**

Nombre del Representante Personal  
Phone Number

Relación con el paciente

Relación con el paciente

**Este formulario se conservará en sus registros.**

### For internal use only

Willamette Valley Cancer Institute and Research Center

If acknowledgement of receipt was not obtained, indicate the reason:

WVCI Employee

Printed name

Signature

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA QUE LA PRÁCTICA SE COMUNIQUE CON OTROS

Nombre legal del paciente – Primero, Medio inicial, último

Fec. Nac.

Número de teléfono

Número de teléfono del trabajo

**1. Autorización alternativa de información de contacto**

WVCI tiene mi autorización para:

Dejar información médica en mi casa / correo de voz	Si	No
teléfono celular	Si	No
llámame a mi lugar de trabajo	Si	No
Dejar información médica en el correo de voz en mi lugar de trabajo	Si	No

**2. Familia / Amigos Divulgación de Autorización de Información**

Autorizo a WVCI a hablar y divulgar mi información médica a la siguiente persona con respecto a mi atención médica y tratamiento y pago por esos servicios.

Nombre	Relación al paciente	Teléfono	Fecha de autorización (dd/mm/aa)	Si	No
Nombre	Relación al paciente	Teléfono	Fecha de autorización (dd/mm/aa)	Si	No
Nombre	Relación al paciente	Teléfono	Fecha de autorización (dd/mm/aa)	Si	No
Nombre	Relación al paciente	Teléfono	Fecha de autorización (dd/mm/aa)	Si	No
Nombre	Relación al paciente	Teléfono	Fecha de autorización (dd/mm/aa)	Si	No

**3. Validación y Empresa**

Entiendo que puedo cambiar esta lista en cualquier momento notificando a WVCI por escrito. Las revisiones escritas no afectarán ninguna acción tomada en función de este consentimiento antes de que se recibiera la notificación por escrito.

Firma de Paciente

Fecha de Firma

**\*Si esta autorización está firmada por el representante personal de un paciente en nombre del paciente, complete lo siguiente:**

Nombre del representante personal

Relación al paciente