



# Pacific Medical Clinic

1534 East Warner Avenue, Suite A  
Santa Ana, CA 92705

Favor de llenar parte 1 y Parte 2, sólo llene parte 3 si se le indica

## 1/ Descargo Medico y Consentimiento

### Información del Paciente

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Fecha De Nacimiento

Numero de Seguro Social

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa/Cellular

Nombre de Compania

Teléfono de Compania

Yo, el abajo firmante, certifico que la información que se proporcione en relación con este examen es y será verdadera y correcta. Doy mi consentimiento para el examen y las pruebas exigidas por los médicos y personal cualificado de Pacific Medical Clinic. Entiendo que este tipo de atención puede incluir pruebas, exámenes, rayos X, extraer sangre, etc. Entiendo que todos los resultados de la prueba y la información obtenida en el curso de este examen será enviada a mi empleador y autorizo al personal de Pacific Medical Clinic que envíe esta información a mi empleador.

Su Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 2/ HIPAA Aviso de las Políticas de Privacidad

Yo reconozco que he tenido la oportunidad de recibir un aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo la información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo puedo obtener acceso a esta información. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta información a petición mía.

Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 3/ Prueba de Alcohol y Drogas

Tipo de prueba(s) que se debe realizar

Prueba de alcohol en el aliento

Prueba de drogas en la orina

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Pacific Medical Clinic, o a sus afiliados o subsidiarias, o a un médico, clínica, laboratorio o centro médico diseñado por ella, para coleccionar la orina y otras muestras de alcohol y drogas como sea necesario.

Entiendo que los resultados de la prueba de alcohol y drogas, y de las evaluaciones no se considera información médica confidencial y puede ser discutida y/o revisada con mi empleador o supervisor actual.

Además, entiendo, en acuerdo con la Declaración de política sobre el Consumo de Alcohol y Drogas en el lugar de trabajo, los resultados de las pruebas pueden afectar mi estatus laboral con mi empleador actual.

Su Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_