



Formulario de Consentimiento del Paciente

Segunda Opinión Médica a Distancia



PASO 1 Complete todos los campos de este formulario y envíelo por fax al 305.442.84.86 o al correo electrónico: segundaopinion@bmicos.com

PASO 2 BMI Access le asistirá en la recopilación de su expediente médico, y trabajará con usted y su(s) médico(s) para asistirle en la recopilación y envío de su expediente médico a las instituciones médicas más adecuadas para la evaluación de su caso.

PASO 3 Los especialistas de BMI Access evaluarán su expediente médico y material diagnóstico, y posteriormente le entregarán a usted y su(s) médico(s) su segunda opinión independiente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer apellido del paciente	<input type="text"/>	Primer nombre del paciente	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Dirección	<input type="text"/>	Código postal (si aplica)	<input type="text"/>
Ciudad/Estado/Provincia	<input type="text"/>	Teléfono	Código país - <input type="text"/>
País	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Número de póliza de BMI	<input type="text"/>		

¿Cómo desea recibir su segunda opinión? Correo Electrónico (E-mail) Copia impresa por correo

INFORMACIÓN DE SU MÉDICO DESIGNADO Por favor designe un médico para que le asista durante este proceso y para que reciba su paquete de segunda opinión

Primer apellido del médico	<input type="text"/>	Primer nombre del médico	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Código postal (si aplica)	<input type="text"/>
Ciudad/Estado/Provincia	<input type="text"/>	Teléfono	Código país - <input type="text"/>
País	<input type="text"/>	Fax	Código país - <input type="text"/>
		Correo electrónico	<input type="text"/>

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Autorizo a BMI Access y sus empleados a obtener y entregar mi información médica y cualquier material relacionado, incluídas mi historia clínica, imágenes radiológicas, muestras / láminas patológicas y demás reportes diagnósticos a los hospitales de la red de BMI Access para tramitar y facilitar una Segunda Opinión Médica a Distancia. Entiendo que el o los hospitales participantes designarán uno o más médicos en calidad de consultores quienes recibirán mi información personal de salud y la usarán, como sea necesario, para emitir el reporte de su evaluación. Entiendo que este reporte responderá preguntas específicas planteadas por mí, y proveerá la(s) opción(es) de tratamiento para mi condición médica. Entiendo que, aunque estoy obteniendo una segunda opinión del o los médicos consultores, mi médico tratante sigue siendo el responsable de mi diagnóstico primario y de mi tratamiento y que, si tengo preguntas sobre el reporte de la evaluación de mi consulta y cómo esta pueda afectar mi salud o mi tratamiento deberé plantearlas directamente a mi médico tratante. Se me ha informado lo siguiente:

- Tengo la opción de retirar en cualquier momento mi consentimiento a que mi Información Personal de Salud sea compartida y empleada para esta evaluación de consulta de segunda opinión. Entiendo que las solicitudes de retiro del consentimiento serán dadas por escrito.
- Los médicos consultores y BMI Access se ciñen a lo previsto en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) y trata toda la información personal y médica de manera estrictamente confidencial.
- Los médicos consultores y BMI Access no compartirán mi Información Personal de Salud con otra persona o entidad, distintas de las descritas en este formulario, sin mi consentimiento previo por escrito.
- Entiendo los riesgos y los beneficios de dar o no mi consentimiento para la obtención de mi información médica.

Adicionalmente autorizo a BMI Access a emitir/examinar y discutir mi información médica, incluyendo todas las copias de todos los reportes que han obtenido de los especialistas que me han tratado, únicamente con las personas que menciono a continuación:

Nombre y Apellido	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Nombre y Apellido	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>

Firma del Paciente Firma del padre, tutor o representante legal

Fecha Mes Día Año

(Para pacientes menores de edad, con discapacidad física o mental que no pueden otorgar su consentimiento)