

Condiciones de uso

PATIENT _____ DOB _____ ACCT # _____

Iniciales

Asignación de Beneficios

Yo, o su representante / tutor legal autorizada que actúe en nombre de la paciente por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro en los términos de mi póliza directamente a 1960 Family Practice, PA (la "instalación") por los servicios prestados. Soy financieramente responsable y pagaré por cargos no cubiertos por mi plan de seguro.

Iniciales

Acuerdo Financiero y Declaración de Responsabilidad

Por y en consideración a los servicios prestados o a ser prestados de la instalación, me comprometo a pagar dicho clínica para todos los servicios y cargos. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible de seguro de salud, el coseguro y los cargos no cubiertos. **Entiendo el pago total es debido cuando los servicios se prestan o arreglos de pago se deben hacer antes de mi cita. Yo entiendo que la cantidad tomada por la instalación se pone mi responsabilidad es sólo una estimación y el saldo restante del paciente después de mi seguro ha procesado mi reclamo será facturada a mí y por un plazo de 30 días.** Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina con un mínimo de una notificación de 24 horas de anticipación si no puedo hacer mi cita. Entiendo que se me cobrará una cuota por no dando la debida notificación.

Iniciales

Consentimiento para el tratamiento médico por el médico

Yo, o su representante / tutor legal autorizado que actúa en nombre del paciente, por la presente consiente a recibir servicios médicos generales, que pueden incluir procedimientos rutinarios de diagnóstico, en los procedimientos quirúrgicos de oficina y tratamiento médico, como médico, su / sus asistentes médicos o su / sus designados consideren necesaria en su / su juicio. También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías a mí como a los resultados del tratamiento o examen en la instalación.

Iniciales

Reconocimiento de Revisión de Prácticas de Privacidad

El que suscribe, ha revisado las prácticas de privacidad, que explica cómo se utilizará mi información médica y revelada. Entiendo que la instalación puede utilizar varios recursos para comunicarse conmigo, incluyendo correo electrónico, teléfono, texto, correo y fax y hago autorizar la facilidad para comunicarse PHI conmigo utilizando estos métodos. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de las Prácticas de Privacidad.

Iniciales

Divulgación de Información del Paciente Salud

Por la presente autorizo a la instalación y todos los subcontratistas de, para liberar o para obtener información de salud del paciente, incluyendo pero no limitado a los informes, películas / imágenes previas, resultados de pruebas, de conformidad con la política de la clínica, como es necesario para los proveedores de atención de la salud a facilitar el reembolso por parte de un plan de beneficios de salud o personal de otra entidad de atención médica con el fin de proporcionar continuidad actual de la atención en particular para facilitar el reembolso por un plan de beneficios de salud o pagador tercero, incluyendo pero no limitado a, mi compañía de seguros, Medicare, Medicaid , y cualquier otro pagador o agencia.

Iniciales

Divulgación Propiedad Médico

Esto es para informarle de que su médico puede o no puede tener un interés de inversión en la instalación, laboratorio o en la farmacia le refieren. Esta información se proporciona a usted para ayudarle a tomar una decisión informada sobre su atención médica. En caso de que sea derivado a un establecimiento, laboratorio o una farmacia en cualquier momento y prefiere utilizar un proveedor diferente, se le informará de las alternativas. Usted no debe dar un trato diferente por su médico, el personal médico o la instalación, si opta por elegir una institución diferente.

Iniciales

Divulgación a amigos y / o familiares: Doy permiso para que mi información de salud protegida para ser revelada a los efectos de comunicar los resultados, las conclusiones, y cuida decisiones a los miembros de la familia y otras personas que figuran a continuación:

Nombre	Relación
Nombre	Relación

¿Usted tiene una directiva avanzada (testamento en vida)? Sí No En caso afirmativo, por favor traiga una copia a nuestra oficina para nuestros archivos. Si no, y que le gustaría información y de voluntad anticipada, por favor hable con su médico.

Paciente / Firma del Garante Fecha

Las autorizaciones son válidas a menos que las revoque por escrito.

Condición de S-servicio 1960fp 2014 (revisado 9/2015)