

Consentimiento Para Tratamiento y Responsabilidad Financiera

Consentimiento Para Tratamiento y Reconocimiento de Divulgación y Aceptación de la Responsabilidad Financiera del Paciente

Nombre del Paciente:
Número de Seguro social:

Fecha de Nacimiento:
Número de Licencia:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: Autorizo al(los) Médico(s) o su(s) designado(s), a cargo de mi atención o la del paciente (mencionado arriba) a administrar cualquier tratamiento, incluidos medicamentos o vacunas, según se considere necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento de cualquier condición relacionada conmigo o con el paciente. Esta autorización es válida y vigente hasta el momento en que yo la retire por escrito o en persona.

En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio "no se paga", seré responsable del cargo completo y acepto pagar los costos de todos los servicios prestados.

- Entiendo que soy financieramente responsable por el deducible, coseguro o servicio no cubierto de mi seguro médico.
- Los copagos vencen al momento del servicio.
- Si no tengo seguro, acepto pagar los servicios médicos que se me brinden en el momento del servicio según la política de escala móvil de FOFHC.
- Solicito el pago de beneficios del Gobierno a este proveedor por la atención que brindó; Autorizo el pago de servicios médicos de mi seguro a este proveedor.

Para miembros de Medicare:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mí o en mi nombre a Friends of Family Health Center por cualquier servicio que me brinde mi médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la administración financiera de atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente, autorizo a Medicare a proporcionar al centro de salud mencionado anteriormente cualquier información relacionada con mis reclamaciones de Medicare en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social. Una copia de esta firma es tan válida como el original.

Para miembros de seguros comerciales:

Por la presente, autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar los beneficios que de otro modo se me pagarían a mí, al médico o al grupo indicado en el reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma es tan válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del padre/tutor (si corresponde)

Fecha