



AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo voluntariamente consiento a la prestación de cuidados médicos para mi hijo o para mi que pudieran incluir la administración de gotas para dilatación de los ojos, anestésicos, procedimientos de diagnóstico y/o quirúrgicos.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Por medio de la presente asigno el pago directo al médico de aceptar esta asignación de las prestaciones médicas aplicables y otro modo pagadero a mi, pero no deberá exceder los cargos regulares al médico. Entiendo que soy financieramente la responsable de los cargos no cubiertos por esta sesión o por cualquier y todos los cargos que la compañía de seguros se niegue a pagar.

DIVULGACION DE INFORMACIONES: El médico podrá revelar todo o parte del expediente del paciente a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato para el médico o al paciente o a un miembro de la familia o el empleador del paciente para todos o parte de los cargos médicos, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, compañías de compensación al trabajador, los fondos de bienestar social o al empleador del paciente.

HMO DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Certifico que ESTOY O NO ESTOY actualmente inscrita en cualquier organización de mantenimiento de salud (HMO). Tras el rechazo de una reclamación como resultado de esta admisión, debido a la matrícula actual en un plan HMO constituirá la responsabilidad del pago de la reclamación por mi parte.

POLITICA DE COLECCIÓN: Estoy de acuerdo en que si este caso se refiere a una agencia o un abogado para la recolección, que seré responsable de todos los gastos de recaudación, los honorarios profesionales y los costos judiciales.

AUTORIZACION DE POR VIDA

CERTIFICACION DE MEDICAID DEL PACIENTE -AUTORIZACION DEL PACIENTE DE CERTIFICACION PARA DIVULGAR

INFORMACION Y SOLICITUDES DE PAGO: Yo certifico que la información dada por mi en la solicitud de pago bajo el Título XVIII y/o en el Título XIX de la Ley del Seguro Social, es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de Seguro Social o de sus compañías intermediarias, toda la información necesaria para esto o una relación de reclamo de Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Puedo asignar los beneficios pagaderos por los servicios médicos. Entiendo que soy responsable de mis deducibles del seguro médico, copagos o coaseguros.

Fecha

Testigo

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Persona Responsable

El Paciente no pudo firmar debido a: _____