

LEON E. BROWN, M.D., P.A. BOARD CERTIFIED DERMATOLOGIST
7610 Carroll Avenue, Ste. 460; Takoma Park, MD 20912-6321
Tel: (301) 270-5400; Fax: (301) 270-5402

EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha del Nacimiento: _____

EL CONSENTIMIENTO PARA LA REVELACION O INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Es nuestra norma tomar cada medida para proteger la intimidad de su información de su salud. Sin embargo, su información protegida de su salud puede ser usado y revelado en orden para nosotros llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado de la salud. Para nuestras normas con respecto a la protección de su información del cuidado de la salud, refiere por favor a al Nota de la Práctica de la Intimidad. Es su derecho revisar nuestras normas antes de firmar este consentimiento. Los términos en la Nota de la Práctica de la Intimidad pueden, en tiempo, sea revisado y una Nota actual siempre estará disponible en nuestra oficina.

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL

Yo reconozco que he recibido la Nota de la Intimidad y el consentimiento a la revelación de mi información de la salud para el propósito del tratamiento, pago y las operaciones del cuidado de la salud.

Firma _____ Fecha _____

LA NORMA DEL PAGO

Yo certifico que la información que la informado considerando mi cobertura es correcto y que cualquier tratamiento no cubierto bajo mi plan de seguro será mi responsabilidad. Yo concuerdo pagar inmediatamente todo carga cuando facturó para servicios médicos rindió y acepto responsabilidad legal para cualquier y todo carga para el paciente denominado arriba.

Firma _____ Fecha _____

LA TAREA DE LOS BENEFICIOUS

Yo autorizo Dr. Leon E. Brown, a solicitar los beneficous en mi beneficio para el cubrió de los servicious rendidos. Yo solicito que ese pago sea hecho directamente al proveedor arriba denominado, o en el caso de la parte beneficous de medicare B y beneficous de medigap, a yo mismo o al partido que acepta la tarea. Yo permito que una copia de la autorización sea usado en lugar de la original. Esta autorización puede ser cancelado, por el proveedor, por mi o el portador arriba denominado.

Firma _____ Fecha _____