

**ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CENTER
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

POLÍTICA FINANCIERA

FECHA _____

ENTIENDO QUE MI PÓLIZA DE SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS Y YO, Y QUE YO SOY EL ÚLTIMO RESPONSABLE DE MI FACTURA COMPLETA. LA ÚNICA EXCEPCIÓN A ESTO ES UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES APROBADO, Y QUE DEBE REVERTIRSE EL ESTADO DE COMPENSACIÓN DE MI TRABAJADOR, ENTONCES YO SOY RESPONSABLE DE LA FACTURA ENTERA. ENTIENDO QUE LAS TARIFAS ESTÁN BASADAS EN EL TRATAMIENTO RECIBIDO Y NO TIENEN RELACIÓN CON EL RESULTADO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE PUEDE HABER UN CARGO POR LAS CITAS PERDIDAS O CANCELADAS MENOS DE 24 HORAS ANTES DE LA HORA DE MI CITA.

ENTIENDO LA POLÍTICA FINANCIERA DE LA PRÁCTICA - FIRMA X _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE AL CENTRO DE ARTRITIS Y OSTEOPOROSIS DE LOS BENEFICIOS POR SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS, DE OTRO MODO A PAGARME SEGÚN LO DETERMINADO POR MI COMPAÑÍA DE SEGUROS, PERO NO EXCEDER LA TARIFA FINALMENTE DETERMINADA POR MI PROVEEDOR. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO PROFESIONAL NO PAGADO POR MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA PRÁCTICA.

ENTIENDO LA POLITICA DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE LA PRACTICA- FIRMA

X _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

POR LA PRESENTE RECONOZCO HABER RECIBIDO UN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CENTER INC.

ENTIENDO QUE LA PRÁCTICA PUEDE, A SU DISCRECIÓN, CAMBIAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE AVISO. ENTIENDO EL CONTENIDO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SE ME PROPORCIONARÁ UNA COPIA A MI SOLICITUD.

X AVISO DADO A PATEINT X PACIENTE RECHAZO COPIA DEL AVISO FIRMA X _____

NOTA PARA EL PERSONAL DE LA OFICINA: SI NO PUEDE OBTENER EL RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, POR FAVOR REVELE EL MOTIVO Y LA FIRMA AL FINAL DE ESTA PÁGINA.

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR MENSAJE EN MI AUSENCIA

DOY EL PERMISO A LA PRACTICA PARA DEJAR UN MENSAJE EN MI MÁQUINA CONTESTADORA O CON LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA CON RESPECTO A INFORMES O RESULTADOS DE EXAMENES DE SANGRE EN MI AUSENCIA SI NO ESTOY EN CASA CUANDO LLAMAN.

INICIALES _____ DEJA LA INFROMACIÓN CON _____

RELACION _____ NUMERO DE CONTACTO _____

LAS AUTORIZACIONES ANTERIORES PERMANECERÁN EN EFECTO HASTA QUE YO LAS REVOQUE POR ESCRITO. UNA FOTOCOPIA DE ESTE SERÁ CONSIDERADA TAN EFICAZ Y VÁLIDA COMO EL ORIGINAL

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

ACEPTO EL TRATAMIENTO GENERAL, LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL PRÁCTICO. ENTIENDO QUE EL MÉDICO Y EL PERSONAL DE ARTRITIS Y OSTEOPOROSIS CTR NO DISCUTIRÁN MI INFORMACIÓN MÉDICA CON MI FAMILIA O AMIGOS A MENOS QUE YO LOS AUTORICE EXPRESAMENTE PARA HACERLO. FIRMA X _____

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EXPEDIENTES MÉDICOS

AUTORIZO A _____ PARA ENVIAR COPIAS DE MIS EXPEDIENTES MÉDICOS AL CENTRO DE ARTRITIS Y OSTEOPOROSIS CON EL FIN DE EVALUAR Y TRATAR MI CONDICIÓN ACTUAL.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

POR LA PRESENTE AUTORIZO AL CENTRO DE ARTRITIS Y OSTEOPOROSIS A DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA, INCLUYENDO INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON ATENCIÓN PSICÁTRICA, ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL, Y VIH / SIDA, NECESARIO PARA PROCESAR RECLAMOS DE SEGURO O CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE NECESITE PARA ACTIVIDADES DE REVISIÓN O CALIDAD. FIRMA X _____

ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CTR, INC

FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO

Arthritis & Osteoporosis Center, Inc. requiere obtener autorizacion por escrito antes de usar o divulgar informacion medica protegida.

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relacion: _____

Numero de Contacto: _____

Doy mi consentimiento a lo siguiente:

A llamar a mi casa, la practica puede dejar un mensaje:

- EN MI CONTESTADOR AUTOMATICO: SI _____ NO _____
- PREFIERO QUE DEJES UN MENSAJE SOLO CONMIGO: SI _____ NO _____
- LA PRACTICA PUEDE LLAMAR A MI LUGAR DE EMPLEO: SI _____ NO _____

Autorizo a la practica a hablar con la siguiente persona(s) con respecto a mi informacion medica:

NOMBRE: _____ RELACION: _____ NUMERO: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____ NUMERO: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____ NUMERO: _____

Autorizo a la practica a hablar con la siguiente persona(s) sobre mi informacion financiera:

NOMBRE: _____ RELACION: _____ NUMERO: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____ NUMERO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

El paciente tiene derecho a revocar las autorizaciones anteriores en cualquier momento por escrito. La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por esta regla. La práctica no condicionará el tratamiento o el pago a la autorización del individuo para el uso o divulgación solicitados.