



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO - ACUSO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Autorizo a mi médico y demás personal médico involucrado en mi atención que ordenen cualquier tipo de pruebas de diagnóstico y tratamientos que consideren adecuados. Solicito y autorizo a Beacon Medical Group a sus agentes y empleados, que me otorguen todos los servicios de tratamiento según las indicaciones de mis médicos. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía del resultado del tratamiento y atención médica.

2. ASIGNACIÓN Y DIVULGACION: Tengo seguro médico y asigno directamente a los médicos de Beacon Medical Group todos y cualquier beneficio médico, que de otra forma, serian pagados a mí persona por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos sean o no cubiertos por el seguro. En el caso de incumplimiento de pago, acepto pagar todos los costos de cobro, incluyendo los honorarios del abogado. Por la presente autorizo al doctor a divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de servicio a mi seguro médico.

3. ACUERDO FINANCIERO: Hare todo lo posible para ayudar activamente a Beacon Medical Group a asegurar el pago por los servicios prestados por los cuales soy responsable. Si soy el padre / tutor de un paciente menor de edad, entiendo que a menos que sea especificado en mi acuerdo de responsabilidad, soy financieramente responsable de todos los servicios prestados, y que el padre que autoriza el tratamiento será responsable de cualquier saldo adeudado. Entiendo que Beacon Medical Group presentara reclamaciones a las compañías de seguros como ayuda al paciente, pero yo soy responsable por el saldo adeudado en cualquier momento a menos que se hayan hecho otros arreglos. Entiendo que el responsable de pago a terceros puede requerir que yo obtenga autorización previa o posterior para autorizar la cobertura de servicios. Yo entiendo que si yo no proveo información suficiente y oportuna así como la autorización a divulgar información a Beacon Medical Group para procesar las reclamaciones de seguros, seré responsable de pagar Beacon Medical Group cuotas completas y estándares. Doy mi consentimiento para la recepción automática de llamadas o a un mensaje pregrabado, llamadas a mi teléfono celular o de la casa línea de Beacon Medical Group o sus agencias contratadas.

4. DECLARACIÓN DE PERMISO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE AL PROVEEDOR (MÉDICO): Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Beacon Medical Group por los servicios proporcionados a mí por una clínica Beacon Medical Group, que incluye los servicios del médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios de los servicios relacionados.

5. DECLARACIÓN DE PERMISO EL PAGO DE BENEFICIOS DEL MEDIGAP AL PROVEEDOR (MÉDICO): Solicito que el pago de las prestaciones MediGap autorizados se hagan en mi nombre por servicios que me prestaron en una clínica Beacon Medical Group, incluyendo los servicios del médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a liberar a (Mi asegurador) toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

YO CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y DOY MI CONSENTIMIENTO TOTAL Y VOLUNTARIO A SUS CONTENIDOS.

Este consentimiento/autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por la parte responsable.

Nombre impreso del Paciente / Representante

Autorizado Firma del Paciente/Representante Autorizado

____/____/____
Fecha

RECIBO DE HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD: Yo reconozco que he recibido o se me ha proporcionado la oportunidad de recibir una copia de la entiendo el Aviso de Privacidad puede cambiar con el tiempo y que las obligaciones del Beacon Health System, Inc. "Aviso de prácticas de privacidad"., Inc. y mis derechos en virtud de que pueden cambiar. **Inicial:** _____