



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO FINANCIERO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Los abajo firmantes, presta su consentimiento para cualquier rayo X, laboratorio u otros procedimientos médicos o examen rendido a mí bajo las instrucciones generales y específicas de mi médico (s). Reconozco que no hay garantías para mí en cuanto al resultado del tratamiento / examen en Englewood Health Physician Network (EHPN). También doy mi consentimiento para la prueba de mi sangre para usos de Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y / u otros agentes patógenos transmitidos por la sangre, en el caso de que cualquier persona en una EHPN se expone accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales, o mi médico cree dicha prueba está indicada médicamente. Los resultados de estas pruebas serán reportados a mí, señalado en mi historial médico y reportado al Departamento de Salud del Estado como lo exige la ley.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

EHPN se autoriza a divulgar cualquier / todos mis historial médicos a la persona (s) responsable de mis obligaciones financieras derivadas de los servicios y para utilizar los datos de mi expediente médico para estudios de calidad, epidemiología y educación para que ninguna información de identificación será hecha pública. Autorizo a EHPN para descargar mi historial médico de "Sure Scripts".

3. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En caso de que el paciente tenga derecho a beneficios médicos de cualquier tipo que surja de cualquier política de cobertura de seguro del paciente o cualquier otra parte responsable por el paciente, dicho beneficios quedan asignados a EHPN y / o el médico tratante. En el caso de la aseguradora del paciente niega beneficios médicos, la cobertura o el pago, el consentimiento queda autorizado para permitir la práctica y / o médico tratante para apelar esas decisiones en nombre del paciente.

4. BENEFICIOS DE MEDICARE (EN SU CASO)

Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para tal o una reclamación de Medicare relacionadas. Cedo los beneficios pagaderos por sus servicios a EHPN o el médico de equipamiento de los servicios y autorizo EHPN o el médico que trata de presentar una reclamación de pago a Medicare.

5. MEDICAID

Certifico que los servicios cubiertos por esta afirmación se han recibido y solicito que el pago de estos servicios se hagan en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios de práctica a EHPN y / o el tratamiento médico. Autorizo EHPN o el médico a presentar una reclamación de pago a Medicaid en mi nombre. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo de conformidad con la política del programa.

6. OTROS SERVICIOS MÉDICOS (FUERA DE NUESTRA PRÁCTICA)

En caso de que el paciente tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que surja de cualquier póliza de seguro que cubre al paciente, que señalan que los beneficios también quedan destinados a cualquier otros médicos (fuera de nuestra práctica) la prestación de servicios a usted en nuestra petición. Entiendo que es responsabilidad del paciente para obtener información de su / su compañía de seguros para determinar si los médicos antes mencionados están participando en el plan de seguro del paciente. La participación de EHPN en cualquier plan de seguro dada no indica la participación de los otros médicos fuera de esta práctica. Entiendo que soy responsable de las prácticas de los otros médicos para cualquier cargo no cubierto por mi plan de seguro.

7. ACUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo, ya sea de firmar como agente o paciente, que, en consideración a los servicios prestados al paciente, estoy prestamente obligado/a de forma individual para hacer el pago a EHPN de acuerdo con las tarifas normales y términos de EHPN. Entiendo que soy responsable de pagar a EHPN cualquier cantidad facturada y no cubierta por cualquier compañía (s) de seguro, incluyendo cualquier cantidad negadas por la compañía de seguros sin ninguna certificación previa o remisión. En caso de que se remita la cuenta para la recogida después de un defecto, estoy de acuerdo en pagar los costos de cobro, incluyendo los honorarios del abogado razonable. Todas las cuentas de morosos intereses a tasas legales.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entiende lo anterior, la recepción de una copia de la misma y como paciente o agente del paciente, autoriza a ejecutar lo anterior, acepta sus términos.

Firma del Paciente / Agente Autorizado

Fecha

Nombre Firma del Paciente / Representante Autorizado

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de EHPN Aviso de Privacidad.

Firma del paciente / Agente Autorizado

Fecha