

Asignación de Beneficios / Autorización / Aviso de Acción de Colección

Yo entiendo que soy responsable de saber los beneficios que mi aseguranza provee. En hacer eso, también es mi responsabilidad verificar comprobante de aseguranza al asegurarme que todo el personal tenga la tarjeta más actual/ valida en archive. También entiendo que todos los con-pagos son debidos al momento del servicio y que yo soy responsable de pagar otras cantidades debidas; estas cantidades pueden incluir, cargos negados por mi compañía de aseguranza como no cubiertos o no necesarios medicamento, y/o cualquier cuota incurrida si mi cuenta requiere acción de colección. (EJ. Cargos tardes, agencia de colección, gastos de corte y abogado). También, tenga en cuenta que nuestra oficina puede contactar por medio de un sistema automático acerca de citas y/o estado de cuenta. Yo estoy de acuerdo que esta autorización permanezca valida amenos/ hasta yo la revoque por escrito. (Por favor vea la Política de Pago de Advocare y Aviso de Practicas de Privacidad para más información.)

Uso de Fotografía

Yo el bajo firmante estoy de acuerdo que cualquier fotografía de paciente tomada en conexión con tratamiento médico será considerada parte del archive del paciente y puede ser usada por el proveedor de cuidado de salud solamente para el propósito de identificar al paciente.

Registración de Vacuna (si es aplicable)

Por favor tenga en cuenta que nuestra oficina somete datos confidenciales de niños y adultos a su Estado de Registración de Inmunizaciones por la Ley de Registración de Inmunizaciones de Todo el Estado. El propósito de este programa es mantener un archivo centralizado o un historial de las inmunizaciones del paciente.

Firma Requerida

Yo el bajo firmante reconozco que he leído y comprendo los términos y condiciones antedichos.

Nombre de Paciente (Imprimido por Favor) _____	Firma de Paciente _____
Garante/Padre/Tutor completando esta forma (Favor de Imprimir) _____	Fecha _____
Firma de Garante/Padre/Tutor _____	Fecha _____

Por favor complete esta sección si el paciente está cubierto por Medicare

Para cumplir con las regulaciones de Medicare, por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Usted o su conyugue están empleados? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿El tratamiento ha sido autorizado por V.A.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Usted o su conyugue tienen otra aseguranza? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Usted está cubierto bajo Programa de Pulmón Negro? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Usted esta discapacitado o tiene insuficiencia renal etapa final? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Hay cobertura Medigap secundaria a Medicare? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿La enfermedad/ lesión el resultado de un accidente de auto? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿La aseguranza primaria de cobertura a Medicare? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
¿Su enfermedad/ lesión ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Hay cobertura suplementa secundaria a Medicare? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

El bajo firmante certifica que las preguntas fueron contestadas sinceramente y por lo presente autoriza a cualquier portador de información médica sobre mí a liberar a Centers por Medicare y Servicios de Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagables por servicios relacionados.

Nombre de Paciente (Imprimido por Favor) _____	Firma de Paciente _____
Garante/Padre/Tutor completando esta forma (Favor de Imprimir) _____	Fecha _____
Firma de Garante/Padre/Tutor _____	Fecha _____