

CONSENTIMIENTO HIPAA DEL PACIENTE

Nuestro aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operación de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su operación de tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya tengamos en dependencia de su consentimiento previo. La práctica proporciona esto para cumplir con la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA)

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La Práctica tiene un Aviso de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras cesarán
- La Práctica podrá condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por:

Nombre impreso - Paciente y/o representante

Fecha

LIBERACIÓN DE SEGUROS

Yo, _____ el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos un Seguro y asignamos directamente a Spring Hill Pediatric Care todos los beneficios de seguro, si los hubiera, que de otra manera me serían pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

ESTADO FINANCIERO

Se requiere el pago de todos los servicios en el momento en que se prestan, a menos que esté cubierto por un plan de seguros en el que participe. Para esos pacientes, se cobrarán los copagos y deducibles aplicables. Aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. En el caso de procedimientos importantes, la cobertura de su seguro será verificada previamente y se le solicitará que pague cualquier deducible no pagado, servicios no cubiertos y copagos. En el caso de que su cuenta deba ser entregada a cobros, la tarifa de cobro se agregará a su cuenta. Su firma a continuación significa su comprensión y disposición para cumplir con esta política.

AVISO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

RECONOZCO QUE SE ME PROPORCIONÓ UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y QUE HE LEÍDO (O TENÍA LA OPORTUNIDAD DE LEER SI LO ELEGÍA) Y ENTENDI EL AVISO

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE IMPRIMIDO

FECHA