

Consentimiento para el tratamiento

Yo autorizo y consiento a la rendición de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de East Springdale Family Clinic como en su juicio profesional sean necesarias para el paciente por debajo de su nombre. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos.

Asignación de Beneficios de Seguro

Paciente-Médico Acuerdo: Yo, el abajo firmante, autorizo East Springdale Family Clinic para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguro (s) médico o otro. Yo, reconociendo que el seguro médico no poseo completamente puede cubrir la cuota (s) de los servicios profesionales rendido mí, por este medio acepto que soy responsable de dicha tasa (s). Yo autorizo el pago directamente a mí por sus servicios. Una fotocopia del mismo será válida como el original. Soy consciente de que puedo consultar a mi médico de la cuota (s) por los servicios profesionales necesarios y / o rendido.

Autorización para divulgar información

Yo autorizo East Springdale Family Clinic a dar cualquier información solicitada por la compañía de seguros necesarios para recibir beneficios bajo cualquier póliza hacemos reclamo en contra de los servicios en esta o en una fecha relacionada con el servicio.

Garantía de pago

Entiendo que las visitas al consultorio se van a pagar en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Yo entiendo que soy responsable para el balance no cubierto por el seguro. Entiendo que East Springdale Family Clinic no acepta ninguna asignación póliza de seguro como garantía del pago completo.

Firma del paciente:

X _____

(Paciente o padre / Guardián si es menor de 18 años de edad)

Relación del Guardián

fecha

SEGURO PRIMARIA

Relación del paciente con el asegurado principal: Yo mismo Esposo Niño Otros: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección De Seguro : _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

ID # _____ Grupo # _____

Número de teléfono de Compañía del Seguros : _____

Nombre de Beneficiario Principal: _____

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: ____ / ____ / ____

Dirección de Beneficiario Principal: _____

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: _____ - _____ - _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

SEGURO SECUNDARIA

Relación del paciente con Beneficiario Principal: Yo mismo Esposo Niño Otros: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección de compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ID # _____ Grupo # _____

Número de teléfono de Compañía de Seguro: _____

Nombre de Beneficiario Principal: _____

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: ____ / ____ / ____

Dirección de Beneficiario Principal: _____

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: _____ - _____ - _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Quién es el responsable de pago: Otro Yo: _____ (LLENE ABAJO)

Nombre de la parte responsable: _____

Fecha de nacimiento de responsable: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Niño Otro SS # _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

¿Alguna vez ha visto como paciente en uno de nuestros Clínicas de Washington Regionales sistema médico? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo?? ____ / ____ / ____ Donde: _____

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (cónyuge, hijos, padres, etc.)

¿Quién puede discutir con su información? Por ejemplo: temas médicas / cuidado, resultados, facturación, etc.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Idioma preferido: Inglés Español Marshallense árabe RECHAZAR OTRA: _____

Raza: Blanco Africano Americano Asián Hawaiano / Otro Isleño del Pacífico
 Indio Americano / Nativo de Alaska Hispano Desconocido Rechazar

Etnicidad (Origen): No Hispano o Latino Hispano o Latino Desconocido RECHAZAR

Método de comunicación preferido: Imprimir Guardar flash Drive Rechazar

Avisos bienestar: Correo teléfono celular Teléfono de la casa Teléfono del trabajo RECHAZAR

FARMACIA PREFERIDO: _____ **LOCALIZACIÓN:** _____

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo a todas mis compañías de seguros. Yo autorizo el pago directo de las prestaciones médicas para el proveedor. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original. Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Yo permito que la transmisión de fax y electrónicos de información médica a otros proveedores de salud, abogados, o compañías de seguros que participen en mi atención. Doy mi permiso para que los mensajes que se dejaron en mi contestadora o enviado por correo electrónico. Yo, el abajo firmante, autorización y consentimiento para la prestación de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de Washington Regional Medical System o sus designados, como a su juicio profesional necesario para el paciente antes mencionado. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Yo permito que este servicio para obtener mi historial de medicación por vía electrónica.

X _____

Firma (paciente o padre / tutor si es menor)

Fecha: ____ / ____ / ____