

ACUERDOS Y AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO. Por la presente consiento al tratamiento provisto por Illinois Heart and Vascularly sus empleados o designados. Yo autorizo los servicios de cuidados de salud física y mental los cuales mis proveedores de cuidados consideran necesarios o recomendables para tratar mis necesidades. (_____)

AUTORIZACION PARA REVELAR MI INFORMACION PERSONAL DE SALUD.

Autorizo el uso y revelación de mi información personal de salud para los propósitos de diagnostico o tratamiento, obtener pago por mis cuidados, o para los propósitos de dirigir las operaciones de cuidados médicos de la Práctica. Yo autorizo a la Práctica a revelar cualquier información requerida en los procesos de solicitar cobertura financiera para los servicios provistos. Esta autorización permite que la Práctica pueda liberar información clínica objetiva relacionada a mi diagnostico y tratamiento, la cual puede ser pedido por mi compañía de seguros o su agente designado. (_____)

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO/GARANTIA DE PAGO/COSTO DE RECAUDACION.

Yo autorizo que se pague directamente a la Práctica los beneficios de seguros los cuales corresponden a mí para cubrir mi tratamiento. Yo entiendo que soy económicamente responsable a la Práctica para cualquier servicio cubierto o no cubierto como define mi aseguradora. Yo entiendo que si el saldo de mi cuenta llega a ser retrasado, y la cuenta retrasada es mandada a una agencia de recaudación, yo seré responsable por el costo de recaudación incluyendo honorarios razonables de abogado. (_____)

POLITICA DE PRIVACIDAD. Yo reconozco haber recibido el “Aviso de Políticas de Privacidad” de la Práctica. Mis derechos, incluyendo el derecho de revisar y copiar mis datos, el derecho de poner limites o condiciones a la revelación de mi información de salud, y el derecho de solicitar un enmiendo a mis datos de salud; están explicados en la Política. Yo entiendo que yo puedo revocar por escrito mi consentimiento para liberar mi información de salud excepto en la medida en que la Practica ya haya hecho revelaciones con mi consentimiento anterior. (_____)

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Parentesco

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Paciente incapaz de firmar. Consentimiento Verbal Recibido. Razón _____