

AUTORIZACIÓN DE CUIDADO/HIPAA/LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR/HIPAA/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El término "proveedor en este documento significa o (es) de atención médica" Good Shepherd Medical Group (GSMG), para sus agentes, empleados, miembros del personal médico, sus agentes, empleados y otros profesionales del cuidado de la salud que brindan atención a los pacientes. Entiendo que como parte de mi atención médica, GSMG origina y mantiene registros de mi atención médica que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de las pruebas, diagnósticos y planes de tratamiento (anteriores o futuros). Entiendo que esta información sirve como:

1. Base para la planificación de mi cuidado y tratamiento.
2. Medio de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado.
3. Fuente de información para aplicar diagnósticos e información quirúrgica a mi factura.
4. Información utilizada para presentar mi reclamo ante la compañía de seguros (procedimiento y diagnóstico)
5. Medios por los que un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realmente.
6. Una herramienta para las funciones rutinarias de atención médica como evaluar la calidad, revisar la competencia de los profesionales de salud medica.

Entiendo que tengo la opción de recibir el aviso de prácticas de información que proporciona información más completa de los usos y divulgaciones. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que GSMG se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de la implementación enviará una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de restringir cómo mi información de salud puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el pago, tratamiento o operación de atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que GSMG ya haya tomado medidas en mi nombre. Concedo permiso a todos los proveedores de atención médica involucrados en mi cuidado para administrar dicho examen, tratamiento, pruebas y procedimientos, según se considere necesario en el transcurso de mi cuidado.

No hay restricciones Solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

(Si se necesita espacio adicional, utilice la parte posterior del formulario)

POLIZAS Y PROCEDIMIENTOS RECIVIDOS DE GSMG

Mi firma constata que he recibido, leído y entendido las polizas de GSMG, tambien que la violacion de estas polizas pueden resultar en el despido de esta practica ya sea para mi o/y los miembros de mi familia.

INFORMACION PARA OBTENER ARCHIVOS

Informacion sobre mi persona que sea necesaria para establecer reclamos de companias de seguros puede ser obtenida por proveedores de atencion medica envueltos en el cuidado de mi salud medica.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/ASIGNACION DE BENEFICIOS

A todos aquellos proveedores que ofrecen atencion medica que aceptan asignaturas, yo por este medio autorizo a cualquier compania de seguros con las cuales tenga una poliza a pagar directamente beneficios por los servicios prestados a los proveedores de atencion medica que aceptan tales asignaturas. Yo me comprometo a pagar todos los cargos que queden sin pagar por la compania de seguros asignada. Si las cantidades que quedan a deberse con los proveedores no son pagadas en un tiempo razonable y ya se me mando una noticia de los sucedido, la cuenta sera juzgada como delincente y un cobro por el servicio sera sumado a la deuda ya establecida. En el debido caso que no cumpla con este contrato yo me comprometo a hacerme responsable por los honorarios agregados por servicios de agencias de coleccion y intereses en las cuentas abandonadas, incluyendo costos de abogados y cortes.

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION Y RECLAMOS DE BENEFICIARIOS DE VIDA POR MEDICARE

Solicito que pagos autorizados para beneficios medicos sean echos ya sea a mi persona o de mi parte a GSMG por los servicios suministrados por el proveedor. Autorizo a cualquiera que mantenga mi informacion medica a que ofresca informacion necesaria a los centros y agentes de Medicare y Medicaid para que puedan determinar beneficios y cobros por los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que los pagos sean echos, y autorizo que se le brinde cualquier informacion medica que sea necesaria para pagar cualquier reclamo. En caso de que haiga otras companias de seguros indicadas en el articulo 9 de CMS-1500 de la forma de reclamo o haigan sido aprovadas por algun otro medio ya sea electronico, etc...,mi firma les autoriza a brindar informacion necesaria a sus agentes. En los casos asignados a Medicare, los proveedores estan de acuerdo y aceptan los cargos determinados por los agentes de Medicare como el cobro completo. El paciente sera responsable solo por el deducible, co-aseguranza y cobros que no sean cubiertos. Co-aseguranza y deducible esta basado al cobro determinado por al agente de Medicare.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Relacion al paciente

Fecha de Hoy

Firma del paciente o Representante Legal

Testigo

Fecha de Hoy