

# Consentimiento para tratamiento-Asuntos financieros

**Consentimiento para tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos:** el que suscribe otorga su consentimiento para recibir atención y tratamiento médico o quirúrgico, según lo consideren necesario o aconsejable mi médico u otros proveedores, a su propio criterio, que puede incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, exámenes radiológicos, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia u otros servicios prestados al paciente conforme a las instrucciones generales y especiales del médico del paciente. \_\_\_\_\_ (iniciales)

- 1. Asignación de beneficios del seguro y autorización para divulgar información:** respecto de los servicios prestados, por la presente transfiero y asigno a Health First Medical Group (HFMG) todos los derechos, títulos e intereses de los pagos que se me adeuden por los servicios prestados. HFMG puede divulgar la totalidad o parte del contenido de mi registro (que incluye información psiquiátrica y sobre abuso de alcohol y drogas) a toda parte, persona o empresa que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con HFMG, o a mis familiares o a mi empleador por la totalidad o parte de los cargos de HFMG, que incluyen, por ejemplo, empresas de servicios médicos, empresas aseguradoras, aseguradoras de compensación laboral, fondos de bienestar o mi empleador. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 2. Uso de copias:** autorizo que se utilice una copia de estas autorizaciones y asignaciones en lugar del documento original, que se encuentra en los registros de HFMG. Esta asignación permanecerá vigente hasta mi revocación o la de un agente por escrito. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 3. Medicare/Medicaid:** autorización de certificación del paciente para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información que recibí sobre cómo solicitar el pago conforme a los Títulos XVIII/XIX de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a todo portador de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social/División de Servicios Familiares o sus intermediarios o agentes toda la información necesaria para esta reclamación de Medicare/Medicaid o para una reclamación de Medicare/Medicaid relacionada. Certifico por la presente que todo seguro correspondiente al tratamiento se asignará a HFMG. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 4. Responsabilidad de pago:** comprendo que determinadas reclamaciones de seguro pueden presentarse por cortesía; no obstante, si la empresa aseguradora rechaza una reclamación y la considera responsabilidad del paciente, soy responsable del pago. El seguro se considera un método de reembolso al médico por los servicios prestados al paciente. Algunas empresas pagan asignaciones fijas por determinados procedimientos, y otras pagan un porcentaje de los cargos. Comprendo que es mi responsabilidad pagar todo copago, deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro o un tercero pagador dentro de un período razonable que no supere los 60 días. Para analizar sus opciones de pago, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 321.434.5055. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 5. Acuerdo financiero - Solo para pago particular:** el que suscribe, independientemente de que firme como agente o paciente, acepta que, en vista de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar la cuenta de HFMG conforme a los términos y tasas habituales de HFMG. Si la cuenta se remite a un abogado para su cobro, el que suscribe pagará los gastos de cobro y los honorarios de abogados razonables. El que suscribe certifica que ha leído lo anterior, de lo que recibe una copia, y que es el paciente o está autorizado debidamente por el paciente como su agente general para ejecutar y aceptar los términos de este documento. \_\_\_\_\_ (iniciales)

## Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad

He recibido en esta ocasión o anteriormente el Aviso sobre prácticas de privacidad de Health First y reconozco que tengo una copia del aviso, o que solicité una y la recibí.

Fecha de recepción de la copia:  Sí  No      Copia recibida anteriormente:  Sí  No       El paciente rechazó la copia

Paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

El paciente no pudo reconocer la recepción del Aviso sobre prácticas de privacidad      Motivo: \_\_\_\_\_

Autorizo a HFMG y a todas sus entidades afiliadas, empleados y contratistas independientes a que me llamen con un equipo de marcado telefónico, tecnología de voz artificial o tecnología similar, incluso si se me cobra por la llamada. Acepto expresamente que HFMG y todas sus filiales, contratistas y agentes pueden realizar tales llamadas automáticas. Doy mi consentimiento expresamente para que se realicen tales llamadas automáticas y, mediante este consentimiento, renuncio específicamente a toda reclamación que pueda tener contra HFMG y sus filiales, contratistas, empleados o agentes por realizar dichas llamadas, incluida toda reclamación conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act). También acepto expresamente que esta disposición se aplica al uso de la mensajería de texto. Autorizo a HFMG y a todos sus contratistas, filiales y agentes a usar cualquier número de teléfono celular u otro número de teléfono para comunicarse conmigo por cualquier motivo, incluso por facturas pendientes.

Nombre en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha

Firma si no es la del paciente (representante/agente o tutor si el paciente es menor de 18 años)