

Cesión de beneficios

Cesión vitalicia de beneficios de Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se me entregue a mí o a nombre mío a **Choose Center Location** (el "Proveedor") por cualquier servicio que me preste el proveedor. Autorizo a cualquier persona que tenga en su poder información médica acerca de mi persona para que proporcione a los Centros para Servicios Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Cesión de beneficios de Medigap (seguro complementario de Medicare)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap se entregue al proveedor y autorizo además a cualquier persona que tenga en su poder información médica acerca de mi persona para que proporcione al asegurador Medigap cuyos datos aparecen a continuación cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios del proveedor.

Nombre del seguro Medigap: _____

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Cesión general de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se entregue a nombre mío al proveedor por cualquier equipo o servicios que me hayan proporcionado dichas organizaciones. Autorizo la liberación de cualquier información médica o de otro tipo a mi compañía aseguradora para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados por el proveedor.

Entiendo que soy financieramente responsable ante el proveedor por cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de salud. Es mi responsabilidad notificar al proveedor de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos de seguro no pueden determinarse hasta que la compañía aseguradora reciba la reclamación. Soy responsable de la totalidad de la factura o del saldo de la factura si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de las mismas son rechazadas para pago. Acepto la responsabilidad financiera por el pago de todos los servicios o productos recibidos.

Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Acuso de recibo de la Notificación de los Derechos de Privacidad del Paciente de la HIPAA

Mi firma al calce indica que recibí la Notificación de los Derechos de Privacidad del Paciente de la HIPAA y que se me ha informado de mis derechos de privacidad y cómo puedo ejercerlos. Entiendo que todos los números telefónicos de contacto enumerados en el Formulario de Registro de Pacientes pueden usarse para comunicarse conmigo para fines de tratamiento y pago a menos que yo presente una solicitud por escrito para restringir el uso de cualquiera de los números telefónicos indicados.

Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Opción para no recibir comunicaciones por recaudación de fondos

Al tildar el siguiente casillero indico que no deseo recibir comunicaciones por recaudación de fondos de mi Proveedor.

No deseo recibir comunicaciones por recaudación de fondos

Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____