



**Consentimiento para el consentimiento
de comunicaciones de tratamiento
Acuse de recibo de aviso de privacidad y
Autorización para la divulgación de información/asignación de beneficios**

1. Consentimiento para el tratamiento

Yo, el abajo firmante, actuando en mi nombre o como representante legalmente autorizado de _____ (paciente) consiente por este medio el examen, pruebas diagnósticas y tratamiento por los especialistas en salud digestiva de Florida, LLP, y sus empleados y agentes (juntos, FDHS). Entiendo que el examen físico puede incluir un examen médicamente apropiado de mi área pélvica, y / o recto y doy mi consentimiento para dicho examen. Reconozco que no me han hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier examen, cuidado o tratamiento proporcionado por FDHS.

2. Divulgación de información y asignación de beneficios

Por la presente autorizo la liberación de mi información médica, incluyendo información de salud protegida, concerniente a mi tratamiento a cualquier pagador de terceros, incluyendo pero no limitado a planes de salud y aseguradores, Medicare, Medicaid, TRICARE y CHAMPVA para el pago Propósitos.

Además, autorizo el pago de cualquier seguro u otros beneficios que puedan ser hechos en mi nombre por cualquier parte, incluyendo cualquier plan de salud o aseguradora, Medicare, Medicaid y cualquier otro programa de atención médica federal o estatal, directamente a FDHS. Entiendo que esta asignación de beneficios no me exime de mi obligación de pagar FDHS por los cargos no cubiertos por esta asignación o no pagados por seguro o beneficios de atención médica.

Entiendo y acepto, si firmo como agente o paciente, que soy responsable y garantizo el pago de los cargos incurridos por los servicios prestados al paciente por FDHS. Además, entiendo y acepto que seré responsable del pago de cualquier importe deducible, montos de co-pagos o coseguros, o cualquier cargo que no esté cubierto o pagado por el seguro, beneficios de atención médica o pagadores de terceras partes. Acepto que los cheques devueltos estarán sujetos a una cuota de procesamiento de cheques de \$25,00. Autorizo a FDHS y a sus cesionarios a ordenar un informe de crédito al consumidor y verificar otra información de crédito. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobro para cobro, acepto pagar los costos de cobro, incluyendo honorarios razonables del abogado igual al 32% del saldo pendiente.

Autorizo a FDHS a divulgar la información médica del paciente, incluyendo la prueba del VIH y la información del tratamiento, a otras partes (que pueden incluir a los abastecedores, pagadores, socios de negocio u otras entidades) para el propósito del tratamiento, del pago o de la salud Operaciones.

Firma del representante legal del paciente o del paciente

Nombre del representante legal del paciente y relación con el paciente

Fecha



Consentimiento de Comunicaciones

_____ (inicial) Autorizo a los especialistas de salud digestiva de Florida (FDHS) a dejar mensajes telefónicos para pacientes que pueden contener información médica en el siguiente número (s):

_____ (inicial) Autorizo a FDHS a contactar con el paciente en la siguiente dirección de correo electrónico:

_____ (inicial) Autorizo a FDHS a compartir la información médica del paciente con _____ (Nombre y relación)

3. Reconocimiento de recibo de aviso de privacidad

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en que ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de FDHS, que describe cómo usamos y divulgamos su información médica. Usted tiene el derecho de rechazar a firmar este reconocimiento, en el cual caso debemos documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento y la razón por la cual no fue obtenida.

Firma del representante legal del paciente o del paciente

Nombre del representante legal del paciente y relación con el paciente

Fecha: _____

For Office Use Only:

I personally delivered the Notice of Privacy Practices to the Patient named above (or authorized representative of the Patient). A written acknowledgment of receipt by the Patient or representative was not obtained for the following reason(s):

Office Staff Member _____

[Signature of Office Staff Member]

[Date]



POLIZA FINANCIERA

Nuestra práctica se esfuerza por brindar una atención óptima y queremos asegurarnos de que comprenda completamente nuestra Política financiera.

- 1. El pago de todos los copagos, deducibles y saldos pendientes del paciente deberán reembolsarse al momento del servicio.
2. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
3. No todas las compañías de seguros cubren todos los servicios.
4. Si proporciona información incorrecta o falsa que resulta en la negación de una reclamación, usted será responsable por los cargos y servicios prestados.
5. Facturaremos a su compañía de seguros por los servicios que le fueron brindados en un hospital.
6. Si el abajo firmante no paga los servicios prestados y requerimos contratar una agencia de cobros, el firmante acepta ser responsable de todos los costos de la agencia de cobro.
7. Requerimos un aviso de 24 horas para las visitas al consultorio si no puede asistir a su cita por algún motivo.
8. Si el paciente o la parte responsable no paga los servicios prestados según las prácticas estándar, dicha falta de pago resultará en que el proveedor del paciente/suscrito y todos los proveedores de FDHS terminen su relación de proveedor con el paciente/suscrito de acuerdo con la ley aplicable.

He Leído y entiendo la poliza financiera de FDHS, I acepto regirme por sus normas. También entiendo y acepto que FDHS tiene el derecho de modificar dichas normas en culaquier momento.

Firma del Paciente (o Agente Responsable)

Fecha

Escriba el nombre del Paciente en letra de Imprenta

Testigo

Escriba el nombre del Agente Responsable (si Diferente del Paciente)