

Nombre del paciente: _____ Teléfono # _____ DOB: _____ MRN: _____

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para recibir los servicios médicos y de salud, incluyendo los procedimientos de diagnóstico, exámenes, radiografías, anestesia, o tratamiento médico o quirúrgico, siempre bajo las instrucciones del médico (s) UMC Physicians, empleados, y otros proveedores de atención médica, ya que considere razonable y necesario. Reconozco que ninguna garantía se ha hecho para mí como para dar lugar o cura.

Autorizo a UMC Physicians, mis médicos y proveedores de práctica avanzada a e-prescribir mis recetas y solicito mi historia medica de prescripción de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de farmacia partido. Entiendo que esto significa que UMC Physicians, mis médicos y proveedores de práctica avanzada puede enviar o recibir mi receta electrónica. Mis registros médicos y las recetas también estarán a disposición de otros proveedores de atención médica a través de intercambios de información de salud (HIES). Puedo optar por no participar en HIEs completando un formulario de exclusión en el registro o llamando al 800-090-4440 para obtener un formulario por fax, correo o correo electrónico.

Entiendo que este consentimiento para el tratamiento será válida y permanecerá en vigor mientras asisto o recibo servicios de UMC Physicians, a menos que sea revocada por mí por escrito. Cualquier revocación no será efectiva hasta que sea recibido por UMC Physicians.

Responsabilidad financiera y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS.

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cargos facturados a mí por los servicios médicos y de salud proporcionados a mí por UMC Physicians, médicos y otros profesionales de la salud. Asigno todos mis derechos, títulos e intereses en todos los beneficios de seguro de otro modo pagados a mí por servicios médicos o de cuidado de la salud UMC Physicians. Yo autorizo el pago directo a UMC Physicians de cualquier seguro pagado a mí o en mi nombre por los servicios médicos o de cuidado de la salud proporcionados a mí. Yo entiendo que soy responsable de conocer los términos de beneficios de mi seguro y certificar que la información dada con respecto a mi seguro es precisa y actualizada a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que mi compañía de seguros no puede aprobar o reembolsar mis servicios médicos en su totalidad. Prometo pagar UMC Physicians y los medicos y otros profesionales de la salud todos los cargos facturados a mí por los servicios médicos y de atención sanitaria recibida que no estes cubiertos por, o que supere, el importe estimado a pagar o efectivamente pagado por Medicare / Medicaid, mi compañía de seguros, u otro tercer pagador. Entiendo que el pago puede ser debido al tiempo de servicio para cualquiera de los servicios médicos y de salud no cubiertos por mi compañía de seguros. Si mi cuenta se refiere a un abogado o agencia externa para la recogida, estoy de acuerdo en pagar los honorarios razonables de abogados y gastos de cobranza.

Entiendo que se me puede pedir que pague un depósito antes de la visita y / u obtener una referencia, si es necesario antes de una visita.

Entiendo que esta Responsabilidad Financiera / Asignación de Beneficios será válida y permanecerá en vigor mientras asisto o recibo servicios de UMC Physicians.

Certifico que he leído y entendido esta información y que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Paciente / Firma autorizada o Representante Legal

Relación con el paciente

Fecha

Hora

Nombre impreso

Testigo / Traductor