

Pendleton Primary Care Clinic

Autorización De Tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Consentimiento Para Tratar

Al firmar a continuación, autorizo a Pendleton Primary Care Clinic, LLC (PPCC) a brindar tratamiento y consultas relacionados con la atención médica al paciente mencionado anteriormente y que puedo rechazar tratamiento o servicios en cualquier momento. Entiendo que PPCC no garantiza ningún resultado de ningún servicio o tratamiento, ya sea declarado o implícito.

Asignación y Autorización

Asigno directamente a PPCC todos los beneficios médicos, si los hubiera, que de otro modo me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague el seguro. Por la presente autorizo al proveedor o clínica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguro.

HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico)

Entiendo que tengo derecho a revisar una descripción escrita de cómo PPCC manejará mi información de salud. La descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de PPCC y mi derecho con respecto a mi información de salud. Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede revisarse periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de un Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad vigente de PPCC se publicará en el área de espera/recepción.

Comunicación Confidencial Del Paciente

La HIPAA le otorga el derecho a solicitar que le comuniquemos información financiera y/o médica de forma confidencial mediante un método particular o en determinadas ubicaciones. Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información, complete lo siguiente:

Doy permiso a PPCC para dejar mensajes sobre: Las citas _____ La facturación _____

La información médica, como resultados, información sobre medicamentos, recomendaciones genéricas o estado de referencia o actualizaciones, se proporcionará al paciente únicamente a menos que se especifique aquí:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre del paciente/representante

Firma

Fecha