

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR, ASIGNACIONES DE SEGUROS, ACUERDO FINANCIERO, AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD

**1. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS** El firmante de abajo da su consentimiento para la atención y el tratamiento medico y quirúrgico, según se considere necesario o aconsejable a juicio de mi medico u otro proveedor. Que pueden incluir, entre otros procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia u otras series realizadas al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del medico al paciente. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**2. ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION** En consideración a los servicios prestados, por la presente transfiero y cedo a Titanium Extra todos los derechos, títulos e intereses en cualquier pago que se me adeude por los servicios descritos en este documento según lo dispuesto en la póliza o pólizas de seguro mencionadas anteriormente. La clínica puede divulgar todo o parte del registro del paciente (incluido el abuso psiquiátrico, de alcohol y alcohol y drogas, un miembro de la familia o el empleador del paciente por todo o parte del cargo de la clínica, incluidas, entre otras, las compañías de servicios médicos, las compañías de seguros, compañías de compensación para trabajadores, fondos de asistencia social o el empleador del paciente. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**3. ACUERDO FINANCIERO** El firmante de abajo acepta, siempre que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, se obliga a pagar la cuenta de la clínica de acuerdo con los plazos y la calificación regular de la clínica. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado para los gastos de cobranza, firmante de abajo debe pagar los honorarios del abogado y los gastos de cobranza razonables. El firmante de abajo certifica que ha leído lo anterior recibiendo copia del mismo y es el paciente o está debidamente autorizado por los pacientes como agente general del paciente para ejecutar lo anterior acepta sus términos. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**4. MEDICARE/ MEDICAID** Autorización de certificación del paciente para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información que se me proporcionó al solicitar el pago bajo el Título XVII / XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo que cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí la divulgue a la Administración del Seguro Social / División de Servicios Familiares o sus intermediarios o lleve cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado con Medicare / Medicaid. Por la presente certifico que todos los seguros relacionados con el tratamiento serán asignados a la clínica que me está tratando. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**5. USO DE COPIAS** Permito que se use una copia de estas autorizaciones y asignaciones en lugar del original, que está archivado en la clínica. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**6. RESPONSABILIDADES DE PAGO** Entiendo que las reclamaciones de seguros con cortinas pueden presentarse como cortesía. Sin embargo, si se rechaza un reclamo por cualquier motivo, 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 ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje de los cargos. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier CO-PAGO, DEDUCIBLE, CO-SEGURO O CUALQUIER OTRO SALDO QUE NO HAYA PAGADO MI SEGURO O UN TERCERO PAGADOR DENTRO DE UN PERIODO DE TIEMPO RAZONABLE QUE NO SUPERE LOS 60 DIAS. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

### AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

He recibido en esta, o en una ocasión anterior, el Aviso de prácticas de privacidad de Titanium Healthcare y reconozco que tengo una copia del aviso o que solicité, y se me entregó una copia

Copia recibida esta fecha:  Si  No Copia recibida previamente:  Si  No

Paciente/ Representante Legal: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Paciente incapaz de afirmar que recibió el Aviso de Privacidad: \_\_\_\_\_

El/La paciente se niega a firmar el reconocimiento: Razón: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL SUSCRIPTOR (si diferente del paciente)

FECHA