



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ No. de Tel: ___-___-___ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

1. Autorizo el uso o divulgación de la denominada información de salud del individuo como se describe a continuación:
2. El siguiente individual u organización está autorizada para hacer la divulgación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. El tipo y la cantidad de información que ha de ser usada o divulgada es la siguiente: (incluyendo fechas donde sea apropiado)
 Correo postal de E.E. U.U.
 Correo electrónico personal (que a pare ce n la cuenta)
 Cónyuge del paciente
 Todo lo anterior

4. Yo entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada a enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SDIA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mentales o de comportamiento y tratamiento por abuso de alcohol y droga.

5. Esta información puede ser divulgada y usada por la siguiente persona u organización:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para el propósito de: _____

6. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una revocación por escrito dirigida al departamento de información de salud. Y entiendo que esta revocación no aplica a mi compañía de seguro médico cuando la ley le provee a la compañía de a seguridad el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. Esta autorización expirara en la siguiente fecha: _____.
7. Si yo no proporciono una fecha de expiración, evento, o condición esta autorización expirara en sesenta (60) días. Yo entiendo que autorizando la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusar firmar esta autorización. Yo no necesito firma esta autorización para poder recibir servicios médicos. Yo entiendo que cualquier divulgación de información carga con si misma el potencial para una divulgación no autorizada, y además esta información no puede ser protegida por reglas federales de confidencialidad. Si yo tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica, puedo contractar a: _____.

Firma de acente o representate legal

Firma de testigo(a)

Fecha: _____

Fecha: _____



Querida Paciente:

Los médicos siempre han protegido la confidencialidad de la información médica de sus pacientes tomando las medidas necesarias para hacerlo tales como manteniendo los expedientes bajo llave y rehusando divulgar su información médica. Hoy, las leyes estatales y federales también procuran de asegurar la confidencialidad de esta información sensible.

El gobierno federal recientemente publico regulaciones diseñadas para proteger la privacidad de su información médica. . Esta "regla de privacidad" proteja la información medica que es mantenida por médicos, hospitales, otros proveedores de servicios médicos, y planes de salud. Desde Abril 14, 2003, su médico ha tenido que cumplir con los estandartes de este regla de privacidad para proteger la confidencialidad de su información medica.

Esta nueva regulación protege prácticamente todos los pacientes sin importar donde viven o donde reciben su cuidado médico. Cada vez que Ud. Vea a un médico, sea admitida a un hospital, llena una receta médica y/o manda una reclamación a su plan de salud, su médico, el hospital, y/o el plan de salud tendrán que considerar esta regla de privacidad. Toda la información medica incluyendo registros de papel, comunicaciones orales, y electrónicas (tales como correo electrónico) con protegidas por la regla de privacidad.

La regla de privacidad también le provee con ciertos derechos tales como el derecho a tener acceso a sus registros médicos. Sin embargo, existen ciertas excepciones; estos derechos no son absolutos. Además, nosotros tomamos más precauciones en nuestra oficina para proteger su información médica; esto incluye entrando adecuadamente a nuestros empleados y empleando ciertas medidas de seguridad en nuestras computadoras. Por favor siéntase libre de preguntarle a su médico o nuestro contacto de prácticas de privacidad acerca del ejercer cimiento sus derechos o como su información medica es protegida en nuestra oficina.

El Aviso de Prácticas de Privacidad que esta sujetado a esta carta explica nuestras prácticas de privacidad. Este aviso contiene información muy importante acerca de cómo su información médica es manejada en nuestra oficina. También describe como Ud. puede ejercer sus derechos en lo que respecta a su información de salud protegida. Por favor déjenos saber es Ud. Tiene alguna pregunta acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Ud. Se puede comunicar con nuestro contacto de privacidad llamando al 404-223-9306.

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisarlo.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____



Póliza Financiera Para Servicios Médicos

Póliza Para Pacientes Con Seguro Medico

Es con un gran placer que le damos la bienvenida a SEE BABY, LLC. Nosotros estamos firmemente comprometidos a asegurar que nuestras pacientes "Experimenten Excelencia" mientras están bajo nuestro cuidado. Para poder hacer esto, nosotros tenemos el deber de explicar claramente nuestra póliza financiera.

Como Ud. es una nueva paciente, es necesario que Ud. nos provea con la información acerca de su cobertura de seguridad.

De acuerdo a nuestro acuerdo de contrato con su compañía de seguro médico, también es necesario que presente su tarjeta de a en el momento de su servicio. Además, y muy amenudo, una referencia es requerida para una visita de especialista. Por favor verifique con la oficina de su doctor que la refirió para su visita de especialista. Por favor verifique con la oficina de su doctor que la refirió para su visita de especialista ya que ellos le podrán asistir en obtener una referencia si es necesaria.

Antes de su visita, nuestra oficina verificará sus beneficios de cobertura para evaluar cualquier el responsabilidad del paciente. Hay cantidades suelen ser co - pagos, co - seguros y deducibles o. Cualquier cantidad responsabilidad del paciente se debe en el momento del servicio. Cualquier excepción sería cualquier cantidad de co -seguro. Nuestra oficina facturarle esta cantidad una vez que su reclamo ha sido procesado por la compañía de seguros.

Tenga en cuenta: Antes de citas es necesario que el paciente para confirmar la cobertura de beneficios de políticas específicas para los servicios de Medicina Materno-Fetal. Como paciente, usted debe estar seguro de que sus prestaciones de maternidad incluye los servicios de maternidad que se facturan como una cuota por reclamación servicio. Dada nuestra obligación clínica para ofrecerle el examen más minucioso y exacto, por favor, tenga en cuenta que puede haber ocasiones donde nuestra experiencia clínica se prestan a la prestación del servicio no programada previamente, y usted está confiando SEE BABY a tomar esta decisión en su nombre.

Formas de Pago

Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago: Dinero en efectivo, Visa, MasterCard, American Express y Discover

Auto políticas de retribución del Paciente

Para aquellos pacientes que deben cubrir los servicios a través de gasto de bolsillo, ofrecemos un plan de pago Ser que está diseñado para satisfacer las necesidades de los pacientes con plena o parcial los gastos de bolsillo. Usted encontrará que nuestro Plan de Pago auto tiene precios muy competitivos, y ofrece a todos los pacientes la oportunidad de " Experiencia excelencia" en SEE BABY, LLC.

Si necesita más información acerca de nuestra política financiera y o tienen una necesidad de arreglos especiales de pago, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina.

He leído, entendido y acepto la Política Financiera anteriormente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____



Exención de responsabilidad financiera Lab

Tenga en cuenta que es responsabilidad de nuestros pacientes a entender su plan de póliza de seguro con respecto a los servicios de laboratorio cubiertos, así como dentro y / o fuera de las disposiciones de la red para los laboratorios. Por lo tanto, cuando se recomienda realizar pruebas de laboratorio, consideran al bebé se reserva ninguna responsabilidad en cuanto a los servicios de laboratorio cubiertos comprensión, o dentro y fuera de las disposiciones del plan de la red. Si por alguna razón su laboratorio no está cubierto, el único responsable del pago al laboratorio será el de la paciente.

A medida que el tiempo lo permite, por favor consulte con su compañía de seguros antes de obtener el trabajo de laboratorio.

He leído las condiciones mencionadas y DE ACUERDO CON SU CONTENIDO

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

**Renuncia Lab Financiera
Por
Cónyuge / Padre de bebé**

Nuestro médico solicita para su cónyuge / **Padre de bebé** _____ para obtener el trabajo de laboratorio. En el caso de que su compañía de seguros no cubre la prueba pedida, usted reconoce y acepta toda la responsabilidad por el pago al laboratorio de procesamiento de la orden de laboratorio.

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____