

## Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC.

### Cesión de beneficios y/o consentimiento para revelar información & HIPAA reconocimiento

(Nombre del paciente de imprenta)	Fecha De Nacimiento	MRN# (uso oficial)
-----------------------------------	---------------------	--------------------

<p>Solicito el pago a Prosthetic and Orthotic Solutions, LLC. de los beneficios autorizados por Medicare, Medicaid o aseguradoras privadas en concepto de los servicios cubiertos prestados por esa entidad. De igual manera acuerdo en pagar a Prosthetic and Orthotic Solutions, LLC. la cantidad deducible y/o la parte de la cuota a mi cargo. (Prosthetic and Orthotic Solutions, LLC retiene el derecho de aceptar o no aceptar asignación, reclamo a reclamo). Autorizo a quien posea información médica sobre mi persona a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS (Centers for Medicare &amp; Medicaid Services) y a sus agentes, a Champus/TRICARE y a sus agentes, o a cualquier aseguradora privada la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que deban abonarse por servicios relacionados. Entiendo y acuerdo que los siguientes cargos son mi responsabilidad: cualquier servicio calificado como "no-cubierto" por mi plan de seguro, todos los importes copago y/o co-seguro, todos los deducibles, cualquier importe que sobrepasa los límites de beneficio de mi plan de seguro y cualquier importe no cubierto por mi plan de seguro porque no haber sido miembro del plan en la fecha de servicio.</p>	
<b>HIPAA</b>	<p><b>Aviso De Prácticas De Privacidad:</b> Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones sanitarias, y los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información médica protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea atentamente y por completo antes de firmar este Consentimiento.</p> <p><b>Propósito del Consentimiento:</b> Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para Prosthetic &amp; Orthotic Solutions, LLC. para usar y divulgar su información médica protegida para usar y divulgar su información médica protegida</p>
<b>Medicare estándares del proveedor</b>	<p>Los productos y / o servicios proporcionados a usted por Prosthetic &amp; Orthotic Solutions, LLC. están sujetos a los estándares del proveedor contenidos en las regulaciones federales que se muestran en 42 Código de Regulaciones Federales Sección 424.57 (c). Estas normas se refieren a asuntos profesionales y operativos de negocios. (e.g., Honrando garantías y horas de operación.). El texto completo de estas normas se puede obtener en <a href="http://ecfr.gpoaccess.gov">http://ecfr.gpoaccess.gov</a>. Si lo solicita, le enviaremos una copia escrita de las normas.</p>
<b>Asignación de Beneficios</b>	<p>Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Prosthetic &amp; Orthotic Solutions, LLC. Entiendo que es posible que mi compañía de seguros no pague los servicios que no son un beneficio cubierto o que no se consideran médicamente necesarios. También entiendo que puede haber limitaciones de beneficios con los operadores sin culpa como Pueden aplicarse deducibles y beneficios máximos. Acepto ser financieramente responsable por todos los servicios provistos por Prosthetic &amp; Orthotic Solutions, LLC.</p>
<b>Comunicación</b>	<p>Yo autorizo Prosthetic &amp; Orthotic Solutions, LLC. para dejar mensajes en mi teléfono de casa y teléfono celular. Además autorizo Prosthetic &amp; Orthotic Solutions para ponerse en contacto conmigo por correo o correo electrónico.</p>

### He leído, entendido y acepto todos los términos establecidos anteriormente

Firma del paciente o del representante	Fecha
--	-------

### De tratarse de un representante, sírvase completar la siguiente información.

Nombre en letra de imprenta:
Dirección:
Relación con el paciente:
Para el Aviso de prácticas de confidencialidad únicamente, Describa la facultad del representante personal para actuar en nombre el paciente.

### Cuestionario Médico

¿Se relaciona su trabajo lesión o relacionado con un accidente de auto?  Sí  No  
¿Es usted diabético?  Sí  No  
¿Es usted alérgico al látex?  Sí  No

**Altura:** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_

### Divulgación Designada

¿Le gustaría designar a ciertos parientes, amigos íntimos, y otros cuidadores como representantes personales? por ejemplo, si desea que podamos hablar con su pareja enumere a continuación. si esta persona está en la lista a continuación usted también entiende que Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. puede revelar cierta información de salud a ellos. La oficina divulgará solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona con mi atención médica o pago relacionado con mi atención médica.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	
Dirección <i>por favor marque sí o no a todos los que apliquen</i>	Ciudad	Estado, código postal	número de teléfono
<b>contacto de emergencia?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>persona responsable?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Poder legal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	
Dirección <i>por favor marque sí o no a todos los que apliquen</i>	Ciudad	Estado, código postal	número de teléfono
<b>contacto de emergencia?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>persona responsable?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Poder legal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**De igual manera certifico que la información que proporcione es cierta, precisa y completa.**

Firma del paciente o del representante

Fecha

### Sólo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Aviso de Prácticas de Privacidad, Póliza de garantía, Acuerdo de pago y política, Declaración de derechos del paciente, y Estándares de proveedores pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- Paciente o parte responsable se negó a firmar
- El paciente no pudo firmar físicamente
- Obstáculos prohibidos a las comunicaciones obteniendo el reconocimiento.
- Otros (especificar)

Firma del empleado

Nombre de empleado

Título profesional

Fecha