

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 & 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>	
HIPAA	<p>Aviso De Prácticas De Privacidad: 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>Propósito del Consentimiento: Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. para usar y divulgar su información médica protegida para usar y divulgar su información médica protegida</p>
Medicare estándares del proveedor	<p>Los productos y / o servicios proporcionados a usted por Prosthetic & 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 http://ecfr.gpoaccess.gov. Si lo solicita, le enviaremos una copia escrita de las normas.</p>
Asignación de Beneficios	<p>Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Prosthetic & 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 & Orthotic Solutions, LLC.</p>
Comunicación	<p>Yo autorizo Prosthetic & Orthotic Solutions, LLC. para dejar mensajes en mi teléfono de casa y teléfono celular. Además autorizo Prosthetic & 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
contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	persona responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poder legal? <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
contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	persona responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poder legal? <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