



Autorización para el Tratamiento, Divulgación de información de salud; Asignación de beneficios

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO MÉDICO

____ Doy mi consentimiento para que mi médico de Optimal Care and Wellness realice cualquier tratamiento, anestesia u operación que él o ella determine que son apropiados o necesarios para mi diagnóstico y atención. Soy consciente de que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia precisa y reconozco que el médico no ha dado seguridades ni garantías. En caso de que un trabajador de la salud entre en contacto con mi sangre o fluidos corporales por error, Autorizo y doy mi consentimiento para que se analice una muestra de mi sangre para detectar ciertas enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el virus del SIDA. Soy consciente de que si se realizan ciertas pruebas como resultado de la exposición a un profesional de la salud, no se me cobrará por ellas. Entiendo la importancia de tales pruebas tanto para mi propio beneficio, como para el personal de atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

____ Se permite que el médico proporcione la información solicitada o extractos del expediente médico del paciente al médico de atención primaria o al médico que lo remitió, si corresponde, así como a cualquier compañía de seguros o tercero pagador para que se le pague por la atención del paciente. A cualquier centro de atención médica o proveedor asistiendo con la continuidad de mi cuidado, el médico puede distribuir información de mi expediente médico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

____ Si el paciente es elegible para beneficios médicos a través de una póliza de seguro que lo protege a él o a otra persona responsable por él, dichos beneficios se asignan al médico para su inclusión en la factura del paciente. El paciente da autorización para que el pago de los beneficios del seguro se pague directamente a Optimal Care and Wellness, incluido cualquier profesional médico asistente o agente de facturación. Los cargos no cubiertos por esta asignación de beneficios de seguro son la responsabilidad de el paciente.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

____ Yo Acepto, como paciente o persona responsable, la obligación de pagar todos los honorarios incurridos por el médico en relación con el tratamiento del paciente o los gastos asociados con el mismo a cambio de los servicios que se prestarán al paciente. El abajo firmante será responsable de pagar los cargos reales facturados. Cualquier precio que se anticipó en el momento del tratamiento está sujeto a cambios.

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS

____ Doy mi consentimiento a Optimal Care and Wellness para divulgar mis registros médicos a mi médico de atención primaria, mi médico de referencia, y mi compañía de seguros con el fin de procesar un reclamo y cualquier otra entidad que pueda autorizar en el futuro, incluida mi fotografía, si el médico determina que es apropiado hacerlo.

Nombre de paciente o persona responsable

Fecha

Firma de paciente o persona responsable

Fecha