



# INICIACIÓN DE SERVICIOS

## **PARTE I CONSENTIMIENTO DE RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia: IPT of Florida, Inc.

Dirección de la agencia: 1225 N. Military Trail WPB, Fl 33409

Doy mi consentimiento para entablar una relación cliente-proveedor. Autorizo al personal de IPT de Florida, Inc. y a sus representantes a brindar atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria y puede incluir visitas médicas, incluida la obtención de antecedentes médicos, evaluación, examen, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y / o procedimientos menores. Puedo interrumpir esta relación en cualquier momento.

**PARTE II DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONSENTIMIENTO** (sólo con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica) Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica; incluyendo atención médica, dental, VIH / SIDA, ETS, TB, prevención del abuso de sustancias, psiquiátrico / psicológico y manejo de casos; para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**PARTE III CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO** (Solo se aplica a los clientes de Medicare)

Como Cliente / Representante firmado a continuación, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia anterior a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios / proveedores para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico a la agencia mencionada anteriormente y la autorizo a presentar un reclamo a Medicare para el pago.

**PARTE IV ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS** (Solo se aplica a terceros pagadores)

Como el Cliente / Representante firmó a continuación, asigno a la agencia mencionada anteriormente todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de atención médica o política de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no excederá los cargos médicos establecidos por el programa de tarifas aprobado. Todos los pagos bajo este párrafo deben hacerse a la agencia anterior. Soy personalmente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

**PARTE V RECOGIDA, USO O LIBERACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

(Este aviso se proporciona de conformidad con la Sección 119.071 (5) (a) de los Estatutos de la Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número de seguro social para fines de identificación y facturación, según lo autorizado por las subsecciones 119.071 (5) (a) 2.a. y 119.071 (5) (a) 6., Estatutos de Florida. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la recopilación, el uso o la divulgación de mi número de seguro social solo para fines de identificación y facturación. No se utilizará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números de seguro social por parte de IPT of Florida, Inc. es imperativa para el desempeño de los deberes y responsabilidades según lo prescrito por la ley.

**PARTE VI MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y RECIBO DEL AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / representante Relación del representante o del cliente con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha