



Nombre del Paciente: _____ Cuenta # _____

LANZAMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE LAS VENTAJAS AL MÉDICO Y AL GRUPO MÉDICO

Autorizo, por este medio, el lanzamiento de mi información médica a Modern Concepts Medical Group que puede ser necesario para archivar una demanda con mi compañía de seguros. También asigno las ventajas para esos servicios proporcionados por Modern Concepts Medical Group, si no pagado a mí, para ser pagado a familiar de Modern Concepts Medical Group.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio no cubierto por mi portador de seguro, incluyendo deductibles y co-pagos del seguro. Una copia de esta forma y firma es tan válida como la original.

Si tengo cobertura de seguro de Medicare, solicito que el pago de las ventajas autorizadas de Medicare esté hecho a Modern Concepts Medical Group en mi favor para esos servicios proporcionados por el grupo. También reconozco que puedo ser responsable de cualquier porción no pagada de los \$100 deducibles anuales impuestos por Medicare. También autorizo cualquier sostenedor de la información médica sobre mí para ser lanzado a la Administración del Financiamiento del Cuidado Médico (Health Care Financing Administration) por su requerimiento.

Si tengo cobertura de Medigap, solicito las ventajas autorizadas de Medigap para ser hecho en mi favor a Modern Concepts Medical Group para cualquier servicio equipado a mí. Autorizo cualquier sostenedor de mi información médica para lanzar a mi portador de Medigap cualquier información necesitada para determinar estas ventajas o las ventajas pagaderas a los servicios relacionados.

Me han notificado que cualquier cita no cancelada en el plazo de 24 horas puede ser conforme a un costo cuál será debida antes de mi visita siguiente.

También autorizo a Modern Concepts Medical Group a obtener, basado en la firma abajo, y conforme al acto de la responsabilidad de la portabilidad del seguro médico de 1996, a cualquier expediente médico de cualquier hospital o a la institución que puedan necesitar para los propósitos de colocar un conflicto, intervención, o demanda con cualquier compañía de seguros, incluyendo la Administración del Financiamiento del Cuidado Médico (Health Care Financing Administration) (Medicare).

Firma del Paciente y/o del Guardian Legal

CONSENTIMIENTO PARA LOS PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO, PAGO, Y LAS OPERACIONES DEL CUIDADO MÉDICO

Yo, el infrascrito, consiento por este medio voluntariamente la asistencia médica del paciente no internado para mi, o mi dependiente de menor de edad, en los procedimientos de diagnóstico rutinarios que abarca Modern Concepts Medical Group, sea la examinación y el tratamiento médico incluyendo, pero no limitado a, trabajo rutinario del laboratorio (tal como sangre, la orina y otros estudios), el tomar de radiografías, trazo del corazón y administración de las medicaciones prescritas por el médico o el practicante.

En el caso de un menor de edad, indico que soy el guarda legal de este paciente. Autorizo a Modern Concepts Medical Group, bajo la dirección de mi médico, a rendir asistencia médica incluso si no puedo estar presente.

Consiento más lejos al funcionamiento de esos procedimientos de diagnóstico, las examinaciones y representación del tratamiento del médico, de la enfermera, o los medicos auxiliares y sus ayudantes, incluyendo, los auxiliares édicos, los técnicos, o cualquier otro asignado como es necesario en el juicio de los médicos.

Además, consiento el uso o el acceso de mi información protegida de la salud (PHI) por Modern Concepts Medical Group con el fin de diagnosticarme o de proporcionar el tratamiento, obtener el pago para mis cuentas del cuidado médico o a las operaciones del cuidado médico de la conducta de Modern Concepts Medical Group.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de la salud se utiliza o se divulga para realizar el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico de la práctica. Una forma será proporcionada por requerimiento. No requieren a Modern Concepts Medical Group convenir las restricciones que puedo solicitar. Sin embargo, si Modern Concepts Medical Group conviene una restricción que solicito, la restricción está atando en Modern Concepts Medical Group.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, en la escritura, en cualquier momento, excepto hasta el punto de que Modern Concepts Medical Group haya tomado acción en confianza en este consentimiento.

Mi " protección de información de salud" (PHI) indica los medios de información de salud, incluyendo mi información demográfica, coleccionada de mí y creada o recibida por mi médico, otro abastecedor del cuidado médico, un plan de la salud, mi empleador o una cámara de compensación del cuidado médico. Esta información de salud protegida esta relacionada con mi salud anterior, actual o futura o cualquier condición física y mental que me identifica, o exsite alguna base razonable a creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de repasar el aviso de Modern Concepts Medical Group de las prácticas de aislamiento antes de firmar este documento. Este aviso de las prácticas de aislamiento describe mis derechos y los deberes de Modern Concepts Medical Group con respecto a mi información protegida de la salud.

Firma del Paciente y/o del Guardian Legal

Fecha