



Responsabilidades financieras por servicios externos

Responsabilidad Financiera por Servicios Fuera de Nuestra Clínica

Usted puede recibir una cuenta de un laboratorio si algunas pruebas o exámenes se envían o se conducen fuera de esta oficina. Aconséjese por favor que cualquier honorario del laboratorio y o las cuentas que usted pueda recibir es su responsabilidad.

Si su seguro no cubre pruebas de laboratorio particulares, exámenes, o requieren que usted utilice un laboratorio específico para tales procedimientos, es su responsabilidad de informar a esta oficina. Por favor contacte su portador de seguro si usted no sabe qué es cubierta por su política.

Firme por favor abajo para reconocer el recibo de este aviso.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA DEL PACIENTE (PADRE O ENCARGADO SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)	FECHA
<input type="text"/>	
FECHA DE RECIBO	

Reconocimiento de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

PUEDA NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN AL NEGARSE, SUS RECLAMACIONES DE SEGUROS **NO SERÁN PROCESADOS**.

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso actualmente vigente sobre prácticas de privacidad de este centro de salud. Unacopia firmada de este documento con fecha debe ser tan efectivo como el original. **MI FIRMA TAMBIÉN SIRVE COMO IPS DOCUMENTO DE LIBERACIÓN SI DEBO SOLICITAR TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS QUE SEAN ENVIADAS A OTROS QUE ASISTEN A DOCTORES/INSTALACIONES EN EL FUTURO.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
POR FAVOR ESCRIBA NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE (PACHE O TUTORS EL PACENTE ES MENOR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
REPRESENTANTE LEGAL	DESCRIPCIÓN DE AUTORIDAD
SUS COMENTARIOS QUE ATANEN AGRADECIMIENTOS O CONSENTIMIENTOS	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Apruebo ser contactado acerca de los servicios especiales, eventos, fondo de los esfuerzos que crían o nueva información médica en nombre de este centro de salud a través de :

- Teléfono
 Mensaje de Texto
 Mensaje de Correo Electrónico
 Cualquiera de las Anteriores
 Ninguna de las Anteriores (No Aplicación)

Al limmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente HIPAA, usted reconoce y autoriza a que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su salud mejorada. Esta oficina puodeo no recibir remuneración tercera parte de estas empresas filiales. Nosotros, en las actuales Omnibus Regla HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.