



Registro de pacientes				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Zip
Compruebe su teléfono principal	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Otro nombre(s) utilizados		Dirección de correo electrónico		
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social	Idioma preferido	No. de Licencia de conducir	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Socio de vida	Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono de día <input type="checkbox"/> Teléfono celular	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispanos	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros _____	
Proveedor de cuidado primario			Referencia proveedor	

Persona Responsable				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Zip
Compruebe su teléfono principal	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Relación con el paciente	Número de seguro social	Idioma preferido	No. de licencia de conducir	

Contacto de Emergencia				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Zip
Compruebe su teléfono principal	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	

Yo/ Nosotros doy consentimiento y autorizo el funcionamiento de todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos que se consideran aconsejables por los médicos y el personal de Orange County Robotic General Surgery Inc. a mí o al menor mencionado, de los cuales yo soy el padre o el tutor legal. Por lo presente certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, todas las declaraciones contenidas aquí en adelante son verdaderas. Entiendo que soy el responsable directo de todos los cargos incurridos por servicios médicos para mi y mis dependientes independientemente de la cobertura de seguro, excluyendo sólo los servicios autorizados bajo un contrato válido de HMO prepago. Además, acepto pagar interés legal, gastos de colección y honorarios de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar. También autorizo a mi proveedor de Orange County Robotic General Surgery Inc. para liberar la información solicitada por la compañía de seguros o sus representantes. Entiendo perfectamente este acuerdo y consentimiento continuará hasta que lo cancele por escrito.

Firma del paciente/responsable	Fecha
--------------------------------	-------

Nombre del paciente responsable (letra de molde)	Relación con el paciente
--	--------------------------

<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Otro	

Historial Quirúrgico: verifique si ha recibido los siguientes procedimientos y año realizado

Procedimiento quirúrgico & año		Procedimiento quirúrgico & año	
<input type="checkbox"/> Ninguna		Solo hombres	
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Biopsia de próstata	
<input type="checkbox"/> Angioplastia con stent		<input type="checkbox"/> Resección transuretral de próstata	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda			
<input type="checkbox"/> CABG (derivación cardíaca)		Sólo mujeres	
<input type="checkbox"/> Lanzamiento del túnel carpiano		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de aumento	
<input type="checkbox"/> Extracción de cataratas		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral	
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Biopsia de mama	
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Cesárea	
<input type="checkbox"/> Colostomía		<input type="checkbox"/> D y C	
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico		<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Miomectomía	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de reducción	
<input type="checkbox"/> Lasik		<input type="checkbox"/> TAH / BSO	
<input type="checkbox"/> Biopsia hepática		<input type="checkbox"/> Histerectomía vaginal	
<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado			
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía			
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía			

Mantenimiento de la salud: verifique si recibió lo siguiente y la fecha del examen más reciente

Examen y fecha		Examen y fecha	
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Examen de ginecología	
<input type="checkbox"/> Exámen de senos		<input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza	
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardíaco		<input type="checkbox"/> Panel de lípidos	
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Mamografía	
<input type="checkbox"/> Escáner DEXA		<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Examen físico	
<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía	
<input type="checkbox"/> Examen de la vista		<input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar	
<input type="checkbox"/> Análisis de las heces		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia	
<input type="checkbox"/> Examen de pies		<input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos	

Historial familiar: compruebe si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones.

Diagnóstico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro
<input type="checkbox"/> Adoptado					
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>				
Alergias	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>				
Asma	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>				
CAD (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/>				
Cáncer - Tipo:	<input type="checkbox"/>				
CVA (Carrera)	<input type="checkbox"/>				

Depresión	<input type="checkbox"/>				
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>				
Diabetes	<input type="checkbox"/>				

Historial familiar (continuado)					
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVD (enfermedad vascular periférica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia social para pacientes adultos					
Ocupacion			Empleador		
Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuántos?	Hija(s)	Hijo(s)	
Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos Ex / año renunció:		<input type="checkbox"/> Masticación <input type="checkbox"/> Cigarro Marca:	<input type="checkbox"/> Tuno <input type="checkbox"/> Cigarrillo	
Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos Ex / año renunció:		<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Espiritu <input type="checkbox"/> Other	
Actividad de ejercicio	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Sedent Días / semana:		Sleep Pattern: <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Sin cambios		
Uso de cafeína <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos Ex / año renunció:		<input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Soda	<input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> Té	
Para pacientes pediátricos					
Paciente reside con:	Primario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Ambos padres	
	Secundario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Otro	
Ocupacion de la mamá		Ocupacion de el papá			
Relación de los padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Soltero/a		Cuidado de niños: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> Guardería			
Exposición al tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		El paciente es fumador actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fumadores en casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reglamentos de HIPPA (Health Insurance Portability y Accountability Act) nos obligan a proporcionar a usted, el representante del paciente o personal, una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad y para firmar como reconociendo el recibo de este folleto.

Imprimir nombre

Relación con el paciente

Firma

Fecha

Cómo podemos comunicarnos con usted y todavía proporcionan la privacidad y seguridad que usted requiere como protección de su salud y la información personal:

Por favor marque todas las que apliquen:

Teléfono y mensajes de tu contestador.

Teléfono y mensaje a otra persona.

(Indique nombre _____)

Por correo

En contacto con usted en el trabajo.

(Por favor da número de teléfono _____)

Designado cuidador, tutor legal o familiar.

(Por favor especifique _____)

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(efectivo 01/09/17)**

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

Se preocupan por la privacidad de nuestros pacientes y esforzarnos proteger la confidencialidad de su información médica en esta práctica. Nueva legislación federal requiere que emitimos esta nota oficial de nuestras prácticas de privacidad. Usted tiene el derecho a la confidencialidad de su información médica, y esta práctica está obligada por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida. Esta práctica es necesaria para acatar los términos y el aviso de prácticas de privacidad actualmente en efecto y dar aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con la oficina de privacidad en esta práctica.

QUE SEGUIRÁ ESTE AVISO

Cualquier profesional médico autorizado para entrar información en su expediente médico, todos los empleados, personal y otro personal en esta práctica que necesite acceso a su información debe acatar este aviso. Todas las filiales, asociados de negocios, sitios y lugares de esta práctica pueden compartir información médica entre sí para el tratamiento, con fines de pago u operaciones de cuidado de la salud descritas en este aviso. Excepto cuando se trata de tratamiento, se compartirán sólo la información necesaria mínima necesaria para realizar esta tarea.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes maneras que podemos usar y divulgar su información médica sin su consentimiento, expreso o autorización. Ejemplos se encuentran en cada categoría de usos o divulgaciones. No todo posible uso o revelación en una categoría está en la lista.

PARA EL TRATAMIENTO

Podemos utilizar información médica sobre usted para proveerle tratamiento médico de los servicios. Ejemplo: En el tratamiento de te para una condición específica, podemos necesitar saber si usted tiene alergias que podrían influir en medicamentos que prescriben para el proceso de tratamiento.

PARA EL PAGO

Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que usted recibe de nosotros pueden ser facturados y pago puede ser recogidos de usted, su compañía de seguros, o un tercero. Ejemplo: Podemos necesitar enviar su información de salud protegida, como su nombre, dirección, fecha de la visita de oficina y códigos de identificación de su diagnóstico y tratamiento a su compañía de seguros para el pago.

PARA OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD

Podemos usar y revelar información médica acerca de usted de salud operación para asegurar que usted recibe atención de calidad. Ejemplo: Podemos utilizar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted.



OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN EL CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN

- Como sea necesario durante una investigación por agencias del orden público
- Para evitar una amenaza grave para la seguridad o salud pública
- Como es requerido por las autoridades de comando militar para sus expedientes médicos
- Compensación de trabajadores o programas similares para el procesamiento de reclamaciones
- En respuesta a un procedimiento legal
- A un forense o examinador médico para la identificación de un cuerpo
- If un preso, a la Correccional institución o ley oficial de la
- Como es requerido por la US Food y Drug Administration (FDA)
- Actividades de tratamiento de otros proveedores de salud
- Otras entidades cubiertas y los proveedores de actividades de pago
- Actividades de operaciones de atención médica de otras entidades cubiertas (en la medida permitida bajo HIPAA)
- Usos y divulgaciones requeridas por ley
- Usos y divulgaciones en situaciones de abandono o violencia domésticas
- Actividades de vigilancia de la salud
- Otras actividades de salud pública

Nos comuniquemos con usted para proveer recordatorios de citas o información sobre tratamiento alternativo u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se hará sólo con nuestra autorización por escrito. Si usted nos da autorización para utilizar o revelar información médica acerca de usted, usted hacer revocar esa autorización, por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, después de eso ya no usar o divulgar su información médica por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que estamos obligados a mantener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

LOS DERECHOS INDIVIDUALES CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el oficial de privacidad en esta práctica o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No ser penalizado o discriminado para archivar una queja.

Derecho a solicitar restricciones: Tienes derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago de operaciones de atención médica o a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su atención. No estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en esta práctica. En su petición, usted debe decirnos qué información desea limitar.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tienes derecho a solicitar cómo deberíamos enviar comunicación acerca de asuntos médicos, y donde desea que las comunicaciones enviadas. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición al oficial de privacidad en esta práctica.



No le pediremos la razón de su petición. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho a denegar una petición si impone una carga irrazonable sobre la práctica.

Derecho a inspeccionar y copiar – Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Generalmente esto incluye registros médicos y de facturación pero no incluye notas de psicoterapia, información había compilada para su uso en una acción civil, criminal o administrativa o del procedimiento y que el acceso está prohibido por la ley de información de salud protegida. Para inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para hacer decisiones sobre usted, usted debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en esta práctica. Si usted solicita una copia de la información, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa por los costos de copiado, envío por correo, u otros suministros asociados con su petición. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Otro elegido profesional médico con licencia por la práctica revisará su petición y la negación. La persona llevar a cabo la revisión no será la persona que negó su petición. Nos conformaremos con el resultado de la revisión.

Derecho a modificar, Si crees que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda mientras la información se mantiene. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y presentada al oficial de privacidad en esta práctica. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información médica en esta práctica, no es parte de la información que permitiría examinar o copiar, o que consideran exactos y completos. Si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. Puede preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación. Declaraciones de desacuerdos y cualquier correspondientes refutaciones se conserva y envió con cualquier futuro autorizadas solicitudes de información relacionada con la parte correspondiente de su registro.

Derecho a una contabilidad de accesos no estándar – Tienes derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted. Para solicitar una lista, debe enviar su solicitud al oficial de privacidad en la práctica. Su petición debe indicar el período para el cual desea recibir una lista de divulgaciones que no es más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar de qué forma quiere la lista (ejemplo: en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo de proporcionar esta lista.

Derecho a una copia de este aviso: Usted tiene el derecho a una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia del aviso actual, por favor solicitud y se le dará a usted.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado efectivas para información médica que ya tengamos sobre usted así como información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual, con la fecha en la esquina superior izquierda de la primera página.

Acuerdo de responsabilidad financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proveer atención de calidad y servicio a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que se requiere leer y aceptar antes de cualquier tratamiento.

- Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Los honorarios son pagaderos cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito y seguros aprobados para los que somos un proveedor contratado y es el proveedor designado de cuidado primario (PCP), en su caso.
- Es su responsabilidad saber su propio beneficio del seguro, incluso si somos un proveedor contratado con su compañía de seguros, los beneficios cubiertos y cualquier exclusión de su póliza de seguro y los requisitos de autorización previa de su compañía de seguros.
- Haremos lo posible confirmar su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información actual y precisa de seguro, incluyendo cualquier actualización o cambios en la cobertura. Si no provee esta información, usted será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturará su seguro en primer lugar, la compañía menos copayment(s) ni deducible y luego factura por cualquier cantidad que se determina que su responsabilidad. Este proceso generalmente toma de 45-60 días desde el momento en que la reclamación es recibida por la compañía de seguros.
- Si no contrato con su compañía de seguros, se espera que pagar por los servicios prestados en el final de su visita. Le proporcionaremos con una declaración que puede enviar a su compañía de seguros de reembolso.
- Prueba de pago y foto identificación se requiere para todos los pacientes. Se le pedirá hacer una copia de tu identificación y tarjeta de seguro para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que la cobertura es efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.
- Por favor entienda algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tienen cargos del co-seguro, co-pagos más altos y beneficios anuales limitados. Si usted recibe servicios forman parte de un beneficio fuera de la red, su porción de responsabilidad financiera puede ser mayor que la tasa de en red.

He leído las políticas financieras contenidas por encima, y mi firma a continuación sirve como reconocimiento de un claro entendimiento de mi responsabilidad financiera. Entiendo que si mi compañía de seguros le niega la cobertura o pago por los servicios prestados a mí, asumir la responsabilidad financiera y pagará todos los cargos en su totalidad.

Firma del paciente / parte responsable

Fecha

Nombre de paciente/parte responsable

Relación con el paciente