

# Autorización y Consentimiento para Tratamiento

**Consentimiento para Tratamiento y Asignación de Beneficios de Seguro** Iniciales: \_\_\_\_\_

Yo, o el abajo firmante actuando en nombre del paciente, consiento a cuidado médico y tratamiento incluyendo pero no limitado a: procedimientos diagnósticos, exámenes médicos y/o tratamientos de mi(s) médico(s) tratante(s), sus asistentes o designados, y/o profesionales de salud aliados.

Yo asigno a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.*, sujeto a su aceptación, todo derecho, título e interés en beneficios pagables. Yo autorizo pagos directos de todos los beneficios de seguro de salud a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.* Acepto pagar a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.* por cobros no pagados de acuerdo con esta asignación.

**Acuerdo Financiero** Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que yo el paciente seré responsable por cualquier balance debido a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.* que no esté cubierto bajo mi póliza de seguro. Por ejemplo: los copagos, los deducibles, los coaseguros, y procedimientos no cubiertos.

He leído y entiendo completamente el consentimiento arriba mencionado para tratamiento, asignación de beneficios y acuerdo financiero.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Nombre del paciente si es menor de edad \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la persona responsable \_\_\_\_\_

---

## **Solamente Pacientes con Medicare**

### **Autorización de Medicare**

Pido que el pago de los beneficios autorizados por *Medicare* sean hechos a mí o de parte mía a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.* por cualquier servicio proporcionado a mí por la clínica. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí que proporcione a los *Centers for Medicare & Medicaid Services* y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagables por los servicios relacionados. También autorizo que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original y solicito pago de los beneficios de seguro médico a mí o al grupo que acepte la asignación como mi compañía de seguro secundaria o suplementaria.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario o suplementario del paciente \_\_\_\_\_

---

### **Cuestionario de Seguro Secundario/Suplementario Para Pacientes con Medicare**

	Si	No
1. ¿El paciente es un Veterano?.....	_____	_____
a.¿El VA lo refirió aquí para tratamiento?.....	_____	_____
b.¿El paciente tiene una tarjeta de "fee basis ID card"? del VA?.....	_____	_____
2. ¿Usted tiene una tarjeta <i>Federal Black Lung Card</i> ?.....	_____	_____
3. ¿La condición médica es por algún tipo de accidente?.....	_____	_____
4. ¿El paciente está cubierto por algún plan de seguro de su empleador, ya sea por su propio empleo o el de un miembro de su familia? (no cobertura de retirado)....	_____	_____