

Consentimiento para Tratamiento

Reconocimiento de la Notificación de las Prácticas de Privacidad

Consentimiento para Tratamiento y Asignación de Beneficios de Seguro

- 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 auxiliares de salud.
- Yo asigno a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.*, sujeto a su aceptación, todo derecho, título a 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.* Estoy de acuerdo en pagar a *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.* los cobros no pagados de acuerdo con esta asignación.

Acuerdo Financiero

- Entiendo que yo, el paciente, seré responsable por el 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 co-seguros, y procedimientos no cubiertos. Si no proveo seguro, yo seré responsable por el balance total. Los saldos no pagados o con pago retrasado pueden resultar en la suspensión de su cuidado.

Recibo de Notificación de las Prácticas de Privacidad

- He recibido o se me a ofrecido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de *Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.*

He leído, entiendo completamente, y estoy de acuerdo con la información mencionada previamente:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal (Zip): _____ No. Tel: _____

Nombre del paciente (si es diferente): _____ Relación al paciente: _____

Solamente Pacientes con Medicare

Autorización de Medicare

Pido que el pago de los beneficios autorizados de *Medicare* sean hechos a mí o de mi parte 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 ya sea a mí o al grupo que acepte la asignación como mi compañía de seguro secundario o suplementario.

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario de Seguro Secundario/Suplementario a Medicare

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