

CARDIOLOGÍA DE TEMECULA VALLEY

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Reconozco que los pacientes sin cobertura de seguro médico, se les espera pagar los cargos en su totalidad al momento en que los servicios son prestados. Yo, por el presente acto asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, seguro médico privado y cualquier otro plan a Cardiología de Temecula Valley. Yo, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, copagos, coaseguros y deducibles. A la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y para obtener reembolsos, yo autorizo la divulgación de la información medica necesaria para dar proceso a los reclamos relacionados. Al firmar, yo autorizo que la asignación de beneficios y las reclamaciones de seguro sean presentadas. Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre por cualquier servicio prestado a mí, sean proporcionados a Cardiología de Temecula Valley.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y REVISIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, reconozco que he recibido una copia de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad (HIPAA) de Cardiología de Temecula Valley, el cual explica como mi información medica y de facturación será utilizada y divulgada. Yo, reconozco que bajo solicitud en cualquier momento, puedo obtener una copia íntegra de este documento para mis expedientes personales.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO

Al firmar, yo doy mi consentimiento y/o permiso a Cardiología de Temecula Valley a realizar todo examen, prueba, y tratamiento medico en términos razonables. Yo, reconozco que tengo el derecho a discutir con mi medico mi plan de tratamiento y su propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier examen recomendado. Si tengo alguna preocupación relacionada con cualquier examen o tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica, me es incentivado hacer preguntas. Yo voluntariamente pido a los médicos de Cardiología de Temecula Valley y a cualquier otro proveedor de atención médica y/o a sus designados según sea necesario o aconsejado, de realizar razonablemente cualquier examen medico, prueba, o tratamiento por la condición que me ha llevado a buscar atención con Cardiología de Temecula Valley.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO

He leído y entiendo los términos de la Póliza Financiera del Paciente de el Grupo de Cardiología de Temecula Valley Inc. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción, por lo tanto acepto las condiciones de esta póliza.

AL FIRMAR ABAJO, YO RECONOZCO QUE HE RECIBIDO, LEÍDO, ENTENDIDO, Y ESTOY DEACUERDO A CUMPLIR CON LO ANTEDICHO Y TODA LA INFORMACIÓN PRECEDENTE ES CIERTA Y CORRECTA.

Firma de el Paciente o Representante de el Paciente _____
Nombre de el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Fecha en que se Firmó _____