



Divulgaciones pacientes y formulario de firma de autorizaciones

Instrucciones: Imprimir nombre en espacios, firmar y fecha en la parte inferior de la página siguiente:

Consentimiento del paciente:

Yo, _____, solicito avanzados centros de sueño y a los médicos que practican allí a una prueba de trastornos del sueño posible. Entiendo que como paciente, yo estoy obligado a autorizar centros de sueño avanzado para tal servicio y por este medio autorizó tales pruebas. Entiendo que podrán grabar fotografías, videocintas, digital u otras imágenes para documentar mi cuidado, y doy mi consentimiento a esto. Entiendo que centros de sueño avanzado conservará los derechos de propiedad de estas fotografías, videocintas, digital u otras imágenes, pero que se permite acceso a ver u obtener copias. Entiendo que estas imágenes se almacenará de forma segura que protegerá mi privacidad y que se mantendrá para el período de tiempo requerido por la ley. También reconozco que han consultado a mi médico y comprender la naturaleza de la prueba de que estoy a punto de experimentar con los avanzados centros de sueño. Al firmar este documento, doy mi consentimiento a las pruebas que se realizarán en mí por el personal de centros de sueño avanzado.

Paciente autorización para divulgación de información médica:

Yo, _____, dar centros de dormir avanzado (ASC) mi permiso para liberar al siguiente miembro de la familia (s) / información de amigo (s) de mi expediente médico en mi ausencia. Esta versión se aplicará a la ASC, cualquier médicos y su personal que prestan sus servicios a la ASC, y cualquier equipo médico duradero (DME) personal usado para suministrar equipos médicos a mí. A menos que se indique lo contrario que esta versión permite las entidades arriba a dejar mensajes en mi contestador/contestador, con quien contesta el teléfono de mi casa y me llaman en el trabajo.

Nombre

Relacion con paciente

EXCEPCIONES: _____

Recibo de la notificación de prácticas de privacidad escrito de reconocimiento:

Yo, _____, he revisado la privacidad prácticas de avanzada dormir centros y recibió una copia a mi petición.

Conductores comerciales:

Si yo estoy diagnosticado con un desorden de sueño, yo entiendo que el Departamento de vehículos motorizados pueden contactarse si no sigue las instrucciones y recomendaciones de mi médico o no estoy conforme con mi plan de tratamiento.

Autorización para la liberación de historias clínicas procesar reclamaciones de seguro:

Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar mi seguro.

Por la presente autorizo el pago directamente al proveedor de servicios y comprendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por esta autorización.

Puede ser una tarifa en todas las cuentas, que son 90 días, o más pasado debido a una tasa de ½ por ciento mensual. Entiendo que el ½ por ciento mensual se puede agregar a cualquier cuenta que tengo es de 90 días o más pasado debido y por la presente se compromete a pagar dichos cargos si impuestas. También entiendo en caso de que mi cuenta se coloca con una agencia de cobranza y honorarios adicionales por encima del equilibrio, además de los costos de cualquier tribunal que pueden sobrevenir se sumará al balance de mi cuenta.

Continúa en la página siguiente



Divulgaciones pacientes y formulario de firma de autorizaciones continuó

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Solicito que pago de beneficios de Medicare autorizados a mí o en mi nombre a centros de sueño avanzado para servicios me suministrada por los médicos o el centro. Autorizo a cualquier titular de médicos información sobre mí entregado a la administración de Finanzas de la salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o prestaciones previstas para los servicios relacionados.

Paciente asignación de beneficios de acuerdo

Entiendo que mi proveedor de seguros médico puede enviar el pago de reembolso para los procedimientos realizados por centros de sueño avanzado a mí directamente. Mediante la firma de este acuerdo estoy asignando todos mis beneficios a centros de sueño avanzado y autorizar mi compañía de seguros al correo todos los pagos directamente a los centros de sueño avanzado.

Yo entiendo que soporto en última instancia la responsabilidad financiera para el pago de todos los cargos asociados con los procedimientos previstos por centros de sueño avanzado y si se reciben los pagos de mi aseguradora directamente a mí, inmediatamente se firmar y reenviar dicho pago a centros de sueño avanzado por los servicios prestados.

FIRMA:

Yo he leído todo lo anterior y mi firma representa la aceptación y reconocimiento de todo lo anterior: consentimiento del paciente, paciente autorización para liberar de registros médicos, aviso de prácticas de privacidad, aviso para conductores comerciales y autorización para la liberación de historias clínicas para procesar reclamaciones de seguros, declaración de autorización de Medicare y la asignación de beneficios de la paciente.

Firma : **X** _____ DATE: _____

nombre en imprenta

Archivamos indemnización automáticamente, cuando tenemos la dirección correcta.