



Centro de Cirugía y Láser San Joaquín

Formulario de autorización múltiple

Acuerdo financiero

En el caso de que mi seguro pague total o parcialmente los cargos del Centro, el Centro que me prestó el servicio está autorizado a presentar un reclamo de pago a mi compañía de seguros. El Centro no está obligado a hacerlo a menos que esté bajo contrato con el asegurador o esté obligado por una regulación de una agencia estatal o federal para procesar dicho reclamo. Esperamos el pago de copagos y coseguros al momento del servicio. Se espera que los pacientes que pagan por su cuenta paguen el saldo acordado en el momento del servicio. Tenga en cuenta que la tarifa de las instalaciones del centro quirúrgico incluye los cargos por los servicios de quirófano y sala de recuperación, que son proporcionados por el centro. Esto no incluye honorarios de cirujano, anestesiólogo, patólogo o radiólogo, implantes y/o honorarios de laboratorio, los cuales se le facturarán por separado, si corresponde. Comuníquese con el Centro de Cirugía y Láser de San Joaquín con anticipación si tiene alguna pregunta

Cesión de Beneficios del Seguro

Por la presente asigno los beneficios que se pagarán en mi nombre al San Joaquin Laser and Surgery Center, a mi médico de admisión u otros médicos que me prestan servicios. La persona abajo firmante garantiza el pago puntual de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o los saldos adeudados después de los pagos del seguro de acuerdo con la política de pago de dichas facturas del Centro, de mi médico admitido u otros médicos que prestaron servicios por cargos no pagados dentro de un período de tiempo razonable por parte del seguro o de un tercero pagador. Certifico que la información proporcionada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

Divulgación de registros médicos

Autorizo al Centro, a mi médico de admisión u otros médicos que prestan servicios a divulgar todo o parte de mis registros médicos cuando lo requiera o lo permita la ley o las regulaciones gubernamentales, cuando sea necesario para la presentación de cualquier reclamo de pago de seguro o a cualquier médico (s) responsable de la atención continua

Divulgación de propiedad

Me han informado antes de mi procedimiento que los médicos que realizan procedimientos/servicios en San Joaquin Laser and Surgery Center pueden tener intereses de propiedad en San Joaquin Laser and Surgery Center. El médico me ha dado la opción de recibir tratamiento en otra instalación/Centro, lo cual he rechazado. Deseo que mi procedimiento/servicios se realicen en San Joaquin Laser and Surgery Center.

Reconocimiento de aviso de privacidad/HIPAA

Por la presente reconozco que se ha puesto a mi disposición una copia del aviso de HIPAA/Aviso de prácticas de privacidad para San Joaquin Laser and Surgery Center. Tengo derecho a obtener una copia en papel previa solicitud.

firma requerida en el reverso



Certificación de información del paciente

He revisado la información demográfica y de seguro de mi paciente en esta fecha y verifico que TODA la información reportada al Centro sea correcta.

Información sobre derechos del paciente/directrices anticipadas

He recibido una notificación escrita y verbal sobre mis Derechos del Paciente antes del procedimiento. También recibí información sobre las políticas del San Joaquin Laser and Surgery Center y sobre las DIRECTIVAS ANTICIPADAS antes del procedimiento. Las DIRECTIVAS ANTICIPADAS no se respetarán dentro del Centro; sin embargo, si ocurre un evento adverso durante el tratamiento, los pacientes serán estabilizados y transferidos a un hospital donde el médico y la familia pueden tomar la decisión de continuar o finalizar las medidas de emergencia. Los formularios de directivas anticipadas de atención médica están disponibles y se ofrecerán a todos los pacientes.

Consentimiento del paciente para contactar

Al proporcionar su información de contacto proporcionada en su página de datos demográficos y completar este formulario, acepta lo siguiente:

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a San Joaquin Laser and Surgery Center, a cualquier médico asociado u otro cuidador, así como a cualquiera de sus entidades, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, programadores, servicios de facturación, cobradores de deudas y otras partes contratadas. , para utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para enviarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o sintéticos, mensajes de texto y mensajes de correo de voz) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos atrasados, información relacionada con a bienes y/o servicios médicos proporcionados, intercambio de información, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica.

Para revocar su consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico de San Joaquin Laser and Surgery Center, puede darse de baja respondiendo e ingresando "Cancelar suscripción". Si desea revocar otras partes de este formulario de consentimiento para contacto, comuníquese con el centro directamente por escrito o por teléfono.

El abajo firmante certifica que ha leído y comprende lo anterior y acepta plenamente todos los términos especificados anteriormente.

Firma del paciente

Fecha de firma

Firma del testigo

Fecha de firma