

RIDGECREST RURAL HEALTH CLINIC

1111 NORTH CHINA LAKE BLVD., SUITE

RIDGECREST, CA 93555

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO, ACUERDO DE PAGO Y SEGUROS RELEASE (TODOS LOS PACIENTES)

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

1. Queda dar su consentimiento para el tratamiento del paciente con nombre anterior por cualquier médico u otro personal médico que prestan servicios en nombre de Ridgecrest Rural Health Clinic.
2. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos como resultado de este tipo de tratamiento, así como los gastos efectuados en el cobro de cargos de tratamiento. Me doy cuenta de que thoughl incluso puede tener cobertura de seguro, estoy siendo responsable del pago. Si la acción legal se ha instituido para pago de tal tratamiento y/o los servicios, estoy de acuerdo pagar los honorarios de los abogados razonables y todos los gastos efectuados en el presente documento.
3. Política de práctica es que el pago de los servicios se espera que en el momento del tratamiento
4. Autorizó a la relese de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamación de seguros.
5. Solicito el pago de las prestaciones directamente a mi proveedor.
6. Autorizó el uso de esta firma en todos mis reclamaciones de seguros presentadas para mí por mi médico.
7. Autorizo a los proveedores de la clinica que me atendieron, junto a los servicios de cobro, agencias de coleccion, abogados o representantes legales quienes trabajan para ellos que me contacten en mi telephone celular o de casa usando sistemas de llamadas electoricas o assisidos por computadora.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁN EN VIGOR DURANTE 1 AÑOS DESDE LA FECHA ANTERIOR A MENOS QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO.

RHC aviso de prácticas de privacidad

He leído o recibió el panfleto de Ridgecrest Rural Health Clinic aviso de privacidad práctica.

CONSENTIMIENTO PARA:

Autorizar la Clínica Medica Rural sin consentimiento adicional, a la siguiente: lista que puede recoger las recetas, recoger los resultados de la prueba, llamar por usted y a su atención médica o traer un niño para el tratamiento.

Nombre y relación _____

Registro de vacuna de California (California Immunization Registry, CAIR)

Participamos en un Registro de vacuna de California (CAIR). Una base de datos confidencial de todo el estado con la informacion de vacunas de pacientes. El proposito de CAIR es consolidar la informacion de vacunas entre los profesionales de cuidado de salud, garantizar niveles de vacunas adecuados y evitar vacunas innecesarias. Solo usted, su medico o los trabajadores de cuidado de salud que pueden ayudarle tienen acceso a su informacion de vacunas. Si no desea que compartamos su registro de pruebas de deteccion de tuberculosis o vacunas con otros proveedores de salud puede llenar y enviar un "Formulario de solicitud para dejar de compartir o empezar" en el sitio de web de CAIR (<http://cairweb.org/cair-forms/>) o (CAIRHelpDesk@chph.ca.gov) O su proveedor le puede asistir.

AUTORIZACIÓN de MEDICARE (sólo para pacientes de Medicare)

N/A Solicito que pago de beneficios de Medicare autorizados realizará en mi nombre a mi médico que se enumeran en esta cabeza de carta para cualquier servicio me facilitada por ese médico. Autorizo a cualquier titular de información médica acerca de mí ser comunicado a la atención de la salud de financiación Administraton y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o las prestaciones a recibir servicios afines. Entiendo que mi firma pide que el pago se efectuará y autorizó la liberación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si no se indica otro seguro de salud en formularios de reclamaciones de elemento 0 del formulario CMS 1500, o en otros lugares por otro aprobado o electrónicamente las reclamaciones submitted, mi firma autoriza a releasing de la información a la aseguradora o al organismo que se muestra. Entiendo que soy responsable de pagar los deducible y coaseguro porciones de los cargos y para servicios no cubiertos. Coaseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga de la compañía de Medicare.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre De Impresión: _____

Relación con el paciente: _____