



4150 SE Adams Rd. · Bartlesville, OK 74006
(918) 331-9979 · FAX (918) 331-2399

ACUERDO CON EL PACIENTE

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Primary Care Associates, en lo sucesivo denominados 'Práctica', el personal de este centro está autorizado a administrar cualquier tratamiento médico, diagnóstico o terapéutico, según se considere necesario o aconsejable. Tengo el derecho de consentir o rechazar el consentimiento, a cualquier procedimiento o curso terapéutico propuesto, sin emergencia o circunstancias extraordinarias.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que mis registros médicos e información de facturación son hechos y retenidos por esta Práctica y son accesibles para el personal de la oficina. El personal de práctica puede usar y revelar información médica para operaciones, funciones y a cualquier otro médico o personal de atención médica involucrado en mi continuo de atención. Existen salvaguardias para desalentar el acceso indebido. Esta Práctica y su personal médico están autorizados a revelar todo o parte de mi historial médico a cualquier compañía de seguros, transportista de compensación de trabajadores, o grupo de empleadores autoasegurados responsables de cualquier parte de los cargos de la práctica y a cualquier proveedor de atención médica que esté o pueda estar involucrado con mi cuidado. La ley de Oklahoma requiere que esta práctica le aconseje que la información autorizada para la divulgación puede incluir información que puede ser considerada una enfermedad transmisible o venérea, incluyendo, pero no limitado a, Hepatitis, Sífilis, Gonorrea, Virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Al firmar este acuerdo, usted consiente en dicha divulgación. **El personal de práctica puede dar a conocer mi estado general a familiares o amigos que me pregunten por mi nombre.**

CESIÓN DE PRESTACIONES DE SEGURO

Estoy de acuerdo en que los beneficios médicos pagaderos de otra manera a los asegurados deben ser pagados al médico (s) responsable de mi cuidado. Cualquier pago recibido por este período puede aplicarse a cualquier factura impagada de la que soy responsable, sujeto a las normas de coordinación de las prestaciones. La negativa a autorizar la asignación de beneficios requerirá el pago completo en efectivo, cheque o tarjeta de crédito en el momento del servicio.

POLÍTICA DE PRECERTIFICACIÓN

Entiendo que esta Práctica ayudará con los requisitos de precertificación de seguros, pero no asumirá responsabilidad por la precertificación o cualquier impacto que pueda tener en el pago del seguro.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Como consideración por los servicios prestados, I (el paciente o parte responsable) garantiza el pago de cualquier cantidad debida por tales servicios prestados por esta Práctica. Una copia de la Responsabilidad Financiera se publica en nuestra oficina.

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que he leído cada una de las declaraciones anteriores, he tenido cada una de ellas explicada a mi satisfacción, y se le ha ofrecido una copia de este Acuerdo de Paciente. También certifico que soy el paciente o debidamente autorizado por el paciente para aceptar los términos del Acuerdo con el paciente. Una fotocopia de este documento tiene el mismo efecto que el original.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Firma de _____ Relación con el paciente _____ Fecha de firma _____ Testigo _____
Representante legal del paciente

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Prescripciones Registros medicos Informacion de facturacion puede ser entregada a la siguiente persona (s):

Nombre _____ Relación _____ Nombre _____ Relación _____
Nombre _____ Relación _____ Nombre _____ Relación _____

Autorizo que se dejen mensajes médicos confidenciales en:
____ mi contestador automático en casa - Teléfono # _____
____ mi contestador automático en el trabajo - Teléfono # _____
____ con persona/personas indicadas arriba - Teléfono # _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Una descripción completa de cómo su información médica será utilizada y revelada por esta Práctica está en nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, que ha recibido.
He recibido una copia de AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Representante legal del paciente _____ Relación con el paciente _____ Fecha de firma _____ Testigo _____