

Formulario de Firmas Para el Registro del Paciente

Patient Name _____

Entiendo que puede haber situaciones en las que deban comunicarse conmigo en relación con mi atención. Al poner mis iniciales y firmar más abajo, autorizo a Hanger Clinic a comunicarse conmigo a los siguientes teléfonos (escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan):

_____ Número de teléfono particular _____ Número de teléfono laboral _____ Número de teléfono celular

Dejaremos mensajes de voz cuando sea posible. Si no desea recibir mensajes con información sobre lo siguiente, indíquelo escribiendo sus iniciales junto a la opción que corresponda.

- _____ Citas
- _____ Instrucciones de tratamiento
- _____ Información de cuenta/facturación
- _____ Otra (indique) _____
- _____ No deseo que me dejen ningún mensaje de voz

Autorizo a Hanger Clinic a dar información sobre mi tratamiento, o el pago de mi tratamiento, a las siguientes personas:

- Mi cónyuge o pareja (nombre) _____
- Mi hijo o hija (nombre) _____
- Otra persona (nombre) _____
- Nadie

Reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Hanger Clinic, con fecha de marzo de 2014.

Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicare, Medicaid o un seguro privado se realice a Hanger Clinic o a cualquiera de sus subsidiarias, en relación con todos los servicios cubiertos brindados por Hanger Clinic.

Acepto pagar a Hanger Clinic el deducible y/o coseguro de mi reclamación. Autorizo a cualquiera que tenga en su poder información médica sobre mí a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y a sus representantes, a Champus/TRICARE y a sus representantes, o a cualquier compañía de seguros privada toda la información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

X _____ Fecha _____
Firma del paciente o parte responsable

X _____ Fecha _____
Firma del representante (solo para acusar recibo)

Relación con el paciente _____

X _____ Fecha _____
Firma del testigo (si el paciente firma con una marca)

Nombre del representante o testigo, en letra de imprenta _____

Dirección del representante o testigo _____

Motivo de la incapacidad para firmar del paciente _____