

Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Adulto

Por este medio, doy a Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc., a sus médicos y a su personal médico, mi consentimiento para cualquier evaluación médica o tratamiento que sea necesario.

_____ Iniciales

Completar para un menor de edad

Certifico que soy tutor legal de _____, menor de edad, y por este medio doy a Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc., sus médicos y a su personal médico, mi consentimiento para cualquier evaluación médica y tratamiento que sea necesario.

_____ Iniciales

ASIGNACIÓN DE SEGURO

Doy mi permiso a Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc. para facturar a mi compañía de seguros los servicios prestados. Entiendo que este es un servicio ofrecido por Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o de otra compañía de seguros, que de otra manera se me pagarían, se haga directamente a Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc., por cualquier servicio que me preste Napa Valley Orthopaedic Medical Group, Inc.

Se aplican las normas relacionadas con la asignación de beneficios de Medicare.

Doy mi permiso para que una copia de esta autorización se use en lugar del original. Entiendo que debo informar a mi médico si sé que una parte que no sea Medicare es responsable de pagar mi tratamiento.

Entiendo que soy responsable de mis facturas médicas, a menos que haya verificado la cobertura mediante un reclamo activo de Compensación de los trabajadores. Por el presente garantizo el pago de todos los cargos del médico/proveedor y entiendo que cualquier cantidad no pagada por el seguro en los 60 días siguientes del servicio se convierte en mi responsabilidad personal, a menos que mi lesión esté cubierta por un reclamo activo de Compensación de los trabajadores. Ejemplos de esto incluirían, entre otros, coaseguros, deducibles y copagos.

_____ Iniciales

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo a revelar a la Administración de la Seguridad Social y a la Administración de Financiamiento de Atención Médica o a sus intermediarios o aseguradora o a cualquier otro seguro, la información necesaria para este reclamo u uno relacionado de Medicare u otra compañía de seguros. Entiendo que mi firma pide que se realice el pago y autoriza la revelación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para pagar el reclamo.

_____ Iniciales

Nombre: _____

POLÍTICA DE PAGO

Se me ha explicado que si pago de manera privada el tratamiento médico, el pago de todos los cargos se hará en su totalidad en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos, y acepto pagar todos los cargos. Se debe seguir la política financiera completa.

Si hay un copago por el servicio médico, entiendo que se debe pagar en el momento del servicio, y acepto hacer este pago.

_____ Iniciales

He leído atentamente y acepto la información anterior.

Firma: _____ ***Fecha:*** _____

Nombre: _____