COMIENZO DE SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO A LA RELACION CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del Cliente: _____

Nombre de la Agencia: _____

Dirección de la Agencia: _____

Yo doy mi consentimiento para establecer una relación cliente- proveedor. Yo autorizo al personal del Departamento de Salud y sus representantes a brindarme cuidado de salud de rutina. Comprendo que el cuidado de salud de rutina es confidencial y voluntario y puede incluir visitas médicas a consulta externa que incluyen: obtener historial médico, examen físico, administración de medicamentos, análisis o pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Comprendo que puedo terminar esta relación en cualquier momento.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION (para tratamiento, obtener pagos u operaciones de cuidado de salud solamente)

Yo doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica; incluyendo: historial medico, dental, VIH/SIDA, ETS, TB, prevención de abuso de sustancias, psiquiátricos/psicológicos y seguimiento de mi caso; con fines de continuar tratamiento, obtener pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

PARTE III CERTIFICACION DE CLIENTE CON MEDICARE, AUTORIZACION PARA DIVULGACION Y SOLICITUD DE PAGO (Solo para clientes con Medicare)

Como Cliente/Representante Legal abajo firmante, certifico que la información que he brindado con el objetivo de obtener pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, es correcta. Autorizo a la Agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/portadores con relación a ésta u otras solicitudes de pago a Medicare. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar una solicitud de pago a Medicare.

PARTE IV CESION DE BENEFICIOS (Solo para pagos efectuados por Terceros)

Como Cliente/Representante Legal abajo firmante, hago cesión a la agencia arriba mencionada de todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de salud o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no debe exceder los cargos por servicios médicos establecidos en el listado de aranceles aprobado. Todos los pagos comprendidos en este párrafo deben ser efectuados a la agencia arriba mencionada. Yo soy personalmente responsable por el pago de cualquier cargo no cubierto por esta cesión.

PART V MI FIRMA CONFIRMA LA VERACIDAD DE LA INFORMACION INCLUIDA ARRIBA. ACUSO RECIBO DEL FOLLETO "AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD".

_____ _____ _____

Firma del Cliente /Representante Legal | Relación o parentesco con el Cliente | Fecha

_____ _____

Testigo (opcional) | Fecha

PARTE VI ANULACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ ANULO ESTE CONSENTIMIENTO, a partir de _____

Firma del Cliente/Representante Legal | Fecha

_____ _____

Testigo (opcional) | Fecha

Client Name: _____

ID#: _____

DOB: _____