

Physicians of Family Medicine

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES FINANCIERAS

1. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Acuerdo Financiero.

- Reconozco que, como cortesía, Physicians of Family Medicine pudiera facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me fueron proporcionados.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o los cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo pero no limitado a co-pago, co-seguro y / o deducibles o cargos no cubiertos por el seguro.
- Tengo conocimiento que existe un cargo por cheques devueltos.

2. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Colección de terceros. Reconozco que Physicians of Family Medicine puede utilizar los servicios de un asesor de negocios a terceros o entidad afiliada como una oficina de negocios extendida ("EBO Servicer") para servicios y facturación de cuentas médicas.

3. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Asignación de beneficios. Por la presente otorgo a Physicians of Family Medicine de algún seguro o beneficios disponibles de otra entidad sobre los servicios médicos que se me fueron proporcionados. Tengo conocimiento de que Physicians of Family Medicine tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de tales beneficios. Si estos beneficios no están asignados a Physicians of Family Medicine, estoy de acuerdo en realizar todos los pagos inmediatamente al recibirlos por los servicios prestados provenientes del seguro de salud o de terceros.

4. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Certificación del Paciente de Medicare y Asignación del Beneficio. Yo certifico que la información que hago disponible, en su caso, se podrá utilizar en la aplicación para el pago correspondiente bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre para Physicians of Family Medicine por el programa de Medicare o Medicaid.

5. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Consentimiento a Llamadas Telefónicas para Comunicaciones Financieras. Estoy de acuerdo en que, para que Physicians of Family Medicine, o los Agentes de la Oficina de Extensión de Negocio (EBO) y los agentes de colección administren mi cuenta o cobren cualquier cantidad que yo tenga adeudada, yo expreso mi acuerdo y mi consentimiento de que Physicians of Family Medicine o EBO se ponga en contacto conmigo por vía telefónica a cualquier número de teléfono, sin límite de conexión inalámbrica, que haya proporcionado o Physicians of Family Medicine o administradores y agentes de colección de EBO hayan obtenido o, a cualquier número de teléfono remitido o transferido desde ese número telefónico proporcionado, con relación a los servicios prestados, y a mis obligaciones financieras. Los métodos de contacto pudieran incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados / programados y / o el uso de cualquier dispositivo de marcación automática, según corresponda.

6. _____ (Iniciales del Paciente o Guardián)

Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como el original.

Firma del Paciente / Representante del Paciente:

X _____ Fecha _____

Si usted no es el paciente, por favor, describa su relación con el paciente.

(Círculo o Marque la (s) relación (es) de la lista a continuación):

Esposo(a)
Padre
Guardián Legal

Garantizador
Representante Poder Legal Medico
Otro (favor de especificar) _____