

## Consentimiento del Paciente

Este centro de atención de salud a utilizar su información médica por las siguientes razones:

**Tratamiento:** Nosotros usaremos su información de salud para tomar decisiones sobre las disposiciones, la coordinación o la gestión de su atención médica, incluyendo el análisis o diagnóstico de su enfermedad y determinar el tratamiento apropiado para esa condición. Puede ser necesario compartir su información de salud con otro médico a quien tenemos que consultar con respecto a su cuidado. Al firmar abajo, usted entiende que el tratamiento para su condición (es) se basará en la información proporcionada. Usted acepta toda la responsabilidad si se han proporcionado inexacta, incompleta o engañosa. También certifica que los datos de identificación, direcciones y números de teléfono, es correcta y está de acuerdo en informar a esta oficina cuando dichas modificaciones información o se convierte en obsoleta.

**Pago:** Es posible que necesitemos usar o divulgar información en nuestros registros de atención de salud con el fin de obtener el reembolso de usted o su compañía de seguro de salud, o de otra aseguradora por los servicios prestados a usted. Esto puede incluir la determinación de elegibilidad o cobertura bajo el plan de salud adecuado, previa certificación y autorización previa de los servicios o la revisión de los servicios a efectos de reembolso. Esta información también puede ser usado para la facturación, las reclamaciones con fines de gestión y recaudación, y datos relacionados con el cuidado de la salud a través de nuestro sistema de procesamiento

**Co-pago:** Todas las cantidades co-pago se deben pagar en el momento del check-out. Esta política está en conformidad con los requisitos legales para cobrar los montos paciente la responsabilidad.

**Seguro de presentación:** No vamos a archivo el seguro si no tenemos una copia de su tarjeta de seguro. El pago completo será requerido en el momento del servicio.

**Hijos menores:** La responsabilidad de pago por los servicios prestados a los hijos a cargo, cuyos padres están divorciados recae en el padre que busca tratamiento. Cualquier tribunal ordenó juicio la responsabilidad debe ser determinada entre los individuos involucrados, sin la inclusión de esta oficina.

**Nombramiento Cancelado:** Entendemos que puede que tenga que cambiar o reprogramar su cita. Con el fin de servir a todos nuestros pacientes de manera oportuna, por favor cancele su cita por lo menos 24 horas de antelación.

**Citas Perdidas:** Nuestra política es cobrar por citas perdidas o no se presenta, a razón de una visita normal de oficina. Por favor ayúdenos a servirle mejor a las citas programadas o notificarnos con 24 horas de antelación.

**HIPPA Reconocimiento:** Publicado en el vestíbulo es el Aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Si usted desea tener una copia de esta notificación para sus registros personales, por favor pregunte a la recepcionista. De lo contrario, acusar recibo de la Notificación de prácticas de privacidad.

### Autorización

Estoy de acuerdo en ser responsable de mis gastos médicos, independientemente de la cobertura del seguro, por lo tanto, autorizo a mi compañía de seguros, abogado, o de otras partes a pagar directamente al centro de Carolina del la Piel y Centro de Dermatología y / o proporcionar cualquier información sobre el pago de mi factura. Si mi cuenta se convierta en delincuente, me comprometo a pagar todos los costos incurridos en la recolección de la cuenta. He leído, entendido y aceptado la política financiera se ha dicho y acepto la responsabilidad de todos los fondos no cubiertos por mi compañía de seguros.

Yo autorizo al médico encargado de administrar la atención médica que sea necesaria, incluyendo información que permita la liberación de rayos X, laboratorio del sueño o estudio da cuenta de mi condición física a cualquier parte implicada en mi tratamiento.

Firma:

Fecha: / /