

**CARDIO TEXAS**

**Consentimiento para el tratamiento y el Acuerdo de Pago**

Por la presente autorizo **CARDIO TEXAS** de usar y / o divulgar mi información de salud que específicamente me identifica o que puede ser razonable utilizar para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye pero no se limita a: la administración y el rendimiento de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de la medicación prescrita, el rendimiento de los procedimientos que se estimen necesarias o convenientes para el tratamiento de este paciente, tales como procedimientos diagnóstico, la obtención y utilización de cultivos y de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptado, todo lo cual, a juicio del médico de cabecera o de sus personas asignadas pueden ser considerados médicamente necesarios o convenientes.

El pago incluye, pero no se limitan a: la autorización de pago directamente a Cardio Texas de los beneficios de otro modo pagadero a mí. Yo reconozco la liberación de mis registros médicos a las aseguradoras de terceros o personas autorizadas para que su divulgación sea necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados, tales como servicios de facturación y cobro, los pagadores de seguros, las aseguradoras de accidentes de auto, o para el trabajo relacionado lesión a mi empleador o su representante entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos. Reconozco que los registros de pacientes pueden ser almacenada electrónicamente y estará disponible a través de redes informáticas.

Operaciones de atención médica incluyen, pero no se limitan a: la liberación de mi información médica a cualquiera de mis médicos y sus oficinas o empresas de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento y la calidad de dicha atención.

Yo entiendo que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico, y que estos servicios son voluntarios y que yo tengo el derecho de rechazar estos servicios. Tengo la intención de este consentimiento continúe aún después de un diagnóstico específico se ha hecho y recomendó tratamiento. Este consentimiento permanecerá en pleno vigor a menos que sea revocada por escrito y no afectará a las acciones que se tomaron antes de recibir mi revocación. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original

Paciente y / o garante es responsable por los cargos incurridos. Es una cortesía de la oficina de archivo con su seguro, sin embargo, usted es responsable de su co-pago o el porcentaje y que el seguro no se hace responsable por el día de su visita. Es responsabilidad del paciente obtener los formularios de referencia necesarios de su médico de atención primaria cuando sea necesario. Si la referencia no se obtiene antes de la visita, el paciente se hace responsable por el pago en su totalidad el día de servicio. Si no somos capaces de obtener el pago en un plazo razonable de tiempo por parte del paciente/garante pondremos colocar su cuenta con una agencia de cobro que le dejará responsable de cualquier gasto adicional incurrido.

**He leído y entiendo las reglas de pago antes mencionadas. Estoy de acuerdo en remitir a CARDIO TEXAS, Todos los seguros o pagos de terceros que recibo por los servicios prestados a mí inmediatamente después de recibirlos. Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_**

**MEDICARE AUTORIZACIÓN DE POR VIDA** Yo certifico que la información que me han dado en la solicitud de pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social de sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esto o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que los pagos de los beneficios autorizados se pagarán en mi nombre. Estoy asignando el pago de servicios con el suministro médico o la organización de los servicios o autorizar al médico o la organización a presentar una reclamación a Medicare para el pago.

**Estoy asignando el pago por sus servicios a CARDIO TEXAS Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_**

**I request this authorization also apply to all other insurance. Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_**

**Reconozco que se me ha dado CARDIO TEXAS Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo comunicarme con el Oficial de privacidad de la instalación. Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.** Doy permiso para que mi información de salud protegida que se divulgará con fines de comunicar los resultados, conclusiones y decisiones de atención a miembros de la familia y otros que figuran a continuación. Yo entiendo que puedo solicitar que personas abandonen la sala de examen en cualquier momento.

---

Nombre de la persona que está Autorizado para recibir información _____ _____ _____	Divulgar información (seleccionar) Si No Si No Si No	Permitido en la sala de examen (seleccionar) Si No Si No Si No
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

---

**\* Si el solicitante / receptor de la información no es un proveedor de cuidado médico, la información puede que deje de ser protegida de una nueva divulgación.**

**Yo certifico que he leído y entendido las declaraciones anteriores y consentimiento plenamente de manera voluntaria a su contenido.**

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_**

**Firma del Responsable: \_\_\_\_\_**

**Imprimir Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**