

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y AGRADECIMIENTO DEL PACIENTE

NAME OF DMEPOS SUPPLIER			DMEPOS SUPPLIER'S NPI NUMBER	
Royal Orthotics				
PATIENT FIRST NAME	MI	LAST NAME	DATE OF BIRTH	MEDICAL RECORD #

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Se me ha dado una copia de este Aviso de DMEPOS sobre las Prácticas de Privacidad y entiendo los derechos de los Proveedores de DMEPOS y los derechos de mi paciente Relacionados con mi información médica protegida (PHI). Por este medio consiento y otorgo permiso para que este Proveedor de DMEPOS y cualquier empleado empleado Por este proveedor de DMEPOS para discutir mi tratamiento médico para ortóticos y / o prótesis, con mi médico de referencia, médico de atención primaria, Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, personal de hospital y / o de rehabilitación, relacionado con mi cuidado y plan de tratamiento. También entiendo que yo Tienen derecho a imponer restricciones sobre cómo se usa o divulga mi información médica protegida. También entiendo que es mi responsabilidad Notificar al Oficial de Privacidad del Proveedor de DMEPOS, por escrito de cualquier restricción a mi archivo de paciente ya la información de salud protegida (PHI). Las formas son Disponible en la recepción y por medio del Oficial de Privacidad bajo petición del paciente.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR, PROCEDIMIENTOS DE OFICINA Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Por la presente doy mi consentimiento para que este Proveedor de DMEPOS proporcione tratamiento y servicio (s) que el Proveedor asignado considere necesario, según lo ordenado por mi Médico (s). Entiendo que soy responsable del pago de los cargos por los servicios prestados, y que el pago es debido en el momento del servicio, Y / o por la presente asigno beneficios de seguro que se pagarán directamente a este Proveedor de DMEPOS por honorarios profesionales por servicios prestados a mí. Además Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro. Entiendo que cualquier monto que sea ____ días atrasados Podrían ser elegibles para posibles recaudaciones y entregarse a una Agencia de Cobros, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el DMEPOS Proveedores administrador y / o personal de facturación. Se reconoce que los honorarios de la Agencia de Recaudación son responsabilidad de mí (el paciente / responsable), yo Entiendo que soy responsable de una cuota de \$ _____ por cualquier cheque devuelto.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA Y / O VIDEO

Yo, por el presente, consiento y autorizo a ser fotografiado y / o grabado en video por este Proveedor de DMEPOS, para publicidad, Educación sobre los servicios de ortosis y / o prótesis, equipo médico, artículos médicos y / o resultados de tratamiento en Revistas médicas, periódicos, periódicos, nuestro sitio web de la empresa, folletos de la empresa y otros materiales de marketing. Entiendo que el uso de Las fotografías y / o videocinta (s) de los pacientes se pueden utilizar para educar, entrenar y / o promover la sensibilización a los padres, al personal ya otros profesionales proveedores de servicios de salud. Entiendo que la (s) impresión (es) original (es), negativo (s) y / o video (s) se mantendrán y almacenarán en el médico del paciente Registro en la oficina física de este proveedor de DMEPOS. Todas las impresiones originales, negativo (s) y / o video (s) serán propiedad exclusiva de Este proveedor de DMEPOS. Entiendo que tengo la opción de retirar mi consentimiento y tengo el derecho de hacerlo en cualquier momento. Entiendo que yo Debe presentar mi opción de retirar este consentimiento enviando una carta directamente a las oficinas administrativas de este Proveedor de DMEPOS. Puedo liberar Este Proveedor de DMEPOS y su Junta de Directores, Funcionarios, Empleados y Representantes de toda responsabilidad en relación con esta (s) fotografía (s) Y / o videocinta (s), y entiendo que no habrá ningún pago financiero o de otro tipo por el uso de estas imágenes fotográficas y / o Videocinta (s).

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Por la presente consiento y permito que se use una copia de esta autorización y misiones en lugar de este documento original firmado. Entiendo que Este original será colocado en mi archivo del paciente y almacenado en la oficina de este Proveedor de DMEPOS. Por la presente autorizo a este Proveedor DMEPOS que esté examinando Y / o tratándome, para entregar a cualquier tercero (como una compañía de seguros o agencia gubernamental) cualquier información médica y registros Sobre el diagnóstico, plan de tratamiento y / o tratamiento cuando se solicita para su uso en la determinación del pago de reclamaciones. Entiendo que este es un Libertad Vitalicia de Información a menos que yo haya colocado restricciones en mi archivo de paciente e información de salud protegida (PHI) Necesarias HIPAA PHI formas. Por la presente consiento y autorizo a este Proveedor de DMEPOS a presentar reclamaciones médicas para tratamiento, electrónico o manualmente, A mí (s) compañía (s) de seguro, a Medicare y / o Medicaid, por servicios profesionales prestados a mí.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente consiento y autorizo el pago a ser pagado directamente a este Proveedor de DMEPOS de mi seguro primario, seguro secundario, trabajadores Pagador de compensación y / o cualquier otro tipo de pagador por el cual estoy asegurado, por los servicios profesionales que me han prestado, por cualquier ortosis y / o Servicios protésicos y tratamiento. Todos los servicios y / o tratamientos para los cuales la asignación no es aceptada son reconocidos como mi Responsabilidad financiera completa. Al firmar este formulario de consentimiento, confirmo que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores. También represento que he terminado La edad de 18 años de edad y / o yo soy el padre o guardián legal del menor mencionado. Entiendo que puedo solicitar y recibir una Copia de este formulario de consentimiento para mis registros personales.

Firma del paciente:

Nombre impreso del paciente:

Fecha:

Firma de los representantes:

Nombre del representante. Impreso.

Fecha:

Describe su autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____