

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE HIPPA

- ❖ Las siguientes personas o organizaciones están autorizadas a solicitar información protegida sobre mi salud: _____
- ❖ Las siguientes personas o organizaciones están autorizadas a recibir información protegida sobre mi salud:

- ❖ Esta autorización de información de salud aplica específicamente a la información establecida debajo (proveer una descripción concreta y significativa): _____
- ❖ A menos que se especifique la fecha, esta autorización expira en un(1) año desde la fecha de la firma:

Yo certifico que he leído y firmado una copia de esta autorización. Una copia se encuentra disponible a mi solicitud.

Nombre del paciente (favor letra de imprenta)

Fecha

Firma del paciente (o representante del paciente)

Fecha

Relación del representante del paciente

HE LEIDO Y/O RECIBIDO UNA COPIA DEL "Notice of Privacy Act" (Notificación de la ley de privacidad) de parte de Enterprise Medical Clinic. La información en este formulario es correcta y completa según mi opinión. No responsabilizare a Enterprise Valley Medical Clinic o ningún miembro de su personal por un error u omisión de mi parte en completar este formulario. Seguro medico es un contrato entre el asegurado y la compañía de seguros. El paciente es responsable del total de todos los cargos por servicios prestados en nuestras oficinas. Estamos encantados de facturar su seguro. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos incurridos durante el examen o tratamiento el paciente mencionado. También entiendo que soy responsable de cualquier balance no cubierto por mi compañía de seguros.

Co-pago será recibido al momento del servicio.

Firma del Paciente o Persona Responsable del Paciente

Fecha

Iniciales del personal de verificación

Fecha

.....Solo para uso de la oficina.....

_____ Verificación de ingresos _____ No ingresos/Se negó _____ Los traerá luego

(Vea escala de honorarios al dorso de este papel/hoja)