

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (Ley HIPAA)

Cesión de beneficios

Por la presente, asigno y autorizo a que se hagan los pagos de beneficios médicos y/o beneficios médicos mayores, si los hubiere, directamente a Hugh Chatham Medical Group, los cuales de otra manera serían pagaderos a mí de acuerdo con los términos de cualquiera de la(s) póliza(s) de seguro que cubran los servicios prestados.

Divulgación de información

Por la presente autorizo a Hugh Chatham Medical Group a divulgar la información médica y de facturación que pueda requerir cualquier compañía de seguros en relación con el pago de mis beneficios (o de mi hijo/a dependiente). Autorizo además al Hugh Chatham Medical Group a divulgar información médica a cualquier instalación médica a la cual yo (o un hijo/a dependiente) seamos referidos. Estas autorizaciones permanecerán vigentes hasta que yo proporcione un aviso por escrito revocándolos. Si yo (o mi dependiente) somos referidos a otro médico cuya práctica pertenezca o sea operada por el Hospital Hugh Chatham Memorial Hospital, por la presente les extiendo también mi autorización a divulgar la totalidad de los contenidos de los archivos de información del paciente.

Aviso sobre la privacidad

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad del Hugh Chatham Medical Group de acuerdo con lo que establece la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Cobertura de seguro por medio de un cónyuge o padre/madre

Si su cobertura de seguro es a través del empleador de su cónyuge, padre o madre, debemos tener la fecha de nacimiento de esa persona titular de la póliza, así como su número de seguro social, con el fin de poder presentar los reclamos de beneficios ante su compañía de seguros. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto pueda causar y apreciamos su comprensión y cumplimiento con este asunto.

Nombre del titular de la póliza: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: _____

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: _____

Firma del paciente o persona a su cargo

Fecha

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (Ley HIPAA)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A INTEGRANTES DE SU FAMILIA

Las reglamentaciones de HIPAA no nos permiten proveer ninguna información médica o de facturación de servicios médicos a ninguna persona sin antes tener una autorización del paciente. Si usted quiere que su información médica o de facturación sea divulgada a integrantes de su familia deberá completar este formulario. Al firmar este formulario usted estará autorizando la divulgación de su información únicamente a los integrantes de su familia que usted indique a continuación.

Usted tiene el derecho a revocar esta autorización por medio de una notificación por escrito.

Yo doy mi permiso y autorizo al Hugh Chatham Medical Group a divulgar mi información médica y/o de facturación de servicios médicos a la(s) siguiente(s) persona(s):

1. _____ Relación con el paciente: _____ N° de Teléfono: _____
2. _____ Relación con el paciente: _____ N° de Teléfono: _____
3. _____ Relación con el paciente: _____ N° de Teléfono: _____
4. _____ Relación con el paciente: _____ N° de Teléfono: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR MENSAJES EN SU CASILLA DE MENSAJES TELÉFONICOS O POR MEDIO DE PERSONAS EN SU HOGAR

Ocurre a veces que es necesario dejar mensajes para los pacientes, tales como recordatorios de su cita, para avisar al paciente que el personal desea discutir o programar los resultados de las pruebas médicas, o pedirle a un paciente que se comunique con nosotros en relación a un problema o inquietud. En ningún momento ningún representante de esta oficina discutirá su condición médica sin su consentimiento. El propósito de esta autorización es dar permiso sólo para dejar mensajes con los miembros de su hogar o en su contestador automático o casilla telefónica. Usted tiene el derecho a revocar esta autorización por medio de una notificación por escrito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____