

WESTERN WAKE PEDIATRICS, P.A.
FORMA DE REGISTRO DE PACIENTES
CLAUSULAS Y CONSENTIMIENTOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ASIGNANDO SEGURO DE PRESTACIONES MEDICAS:

Por medio de la presente, yo autorizo el pago directo de mis prestaciones de seguro médico a Wake Pediatrics, P.A., o al médico de manera particular, por los servicios prestados a mi(s) dependiente(s) por el médico o bajo su supervisión. Yo entiendo que es mi responsabilidad conocer mis prestaciones médicas y saber si es que los servicios que voy a recibir los cubre el seguro o no. Entiendo y estoy de acuerdo que yo seré responsable por cualquier pago o saldo que mi aseguradora haya determinado deba ser pagado a Western Wake Pediatrics, P.A..

BENEFICIOS DE ASEGURADORA MEDICAID/CHAMPUS:

Yo certifico que la información que me fue dada al aplicar por el pago bajo estos programas es correcto. Autorizo que liberen cualquier expediente de mis dependientes que solicite el programa. Yo autorizo que el pago de los beneficios de mis dependientes sean hechos directamente a Western Wake Pediatrics, P.A., o al médico por orden mia.

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION PERSONAL NO-PUBLICA:

Yo certifico que he recibido y leído una copia de la Nota para el Paciente de la Póliza de Privacidad. Por este medio autorizo a Western Wake Pediatrics, P.A., o al médico individualmente para liberar información personal y médica de cualquiera de mis dependientes que sea necesaria para evaluación médica, tratamiento, consulta o para el proceso de los beneficios del seguro médico

AUTORIZACION PARA ENVIAR POR CORREO, LLAMAR O ENVIAR E-MAIL:

Yo certifico que entiendo los riesgos de privacidad de correo, llamadas telefónicas y correo electrónico. Por este medio autorizo que un representante de Western Wake Pediatrics, P.A., o mi médico me envíe correo, me llame o me envíe un correo electrónico concerniente a mi cuidado médico, incluyendo pero no limitando a cosas como: recordar citas, arreglos de recomendaciones, y resultados de laboratorio. Entiendo que tengo el derecho de rescindir esta autorización en cualquier momento notificando a Western Wake Pediatrics, P.A. por escrito.

SERVICIOS DE LABORATORIO /RAYOS-X/ Y DIAGNOSTICO:

Yo entiendo que tal vez reciba un recibo por separado si mi cuidado médico incluye laboratorio, rayos x, o otros servicios de diagnóstico de algun otro departamento. Yo entiendo que soy el responsable financiero que cualquier pago o saldo debido a estos servicios si no son re-embolsados por mi aseguradora por cualquier motivo.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Por este medio yo apruebo la evaluación, prueba y tratamiento que ordene mi médico o la persona que él asigne de Western Wake Pediatrics, P.A..

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE, TUTOR O APODERADO LEGAL: _____ FECHA: _____
(Si es una persona diferente al paciente)

NOMBRE DEL PADRE TUTOR O APODERADO LEGAL: (Letra de molde):
