



Autorización para Bill Insurance

SECCION 1: Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial medio: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS: _____ Teléfono diurno: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Idioma preferido: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Raza (Por favor, circule una): India americana o nativa asiática de Alaska Afroamericano Nativo soramericano o blanco isleño del Pacífico Prefiere no especificar
Etnicidad (Por favor, círculo uno):
Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiere no especificar

Farmacia preferida: _____ Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

SECCION 2: Información sobre beneficios e facturación

¿Quién es su proveedor de atención primaria?: Dr. _____ Teléfono de la clínica#: (____) _____

Dirección de la clínica: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Su plan requiere que usted tenga una referencia de su Proveedor de Atención Primaria para recibir cobertura? Sí* No

*En caso afirmativo, ¿a qué proveedor con licencia se le refirió en nuestra clínica?: _____

I. Compañía de Seguros Primarios y Nombre del Plan: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo/directiva: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB del titular de la póliza: _____

SSN del titular de la póliza _____

Dirección del titular de la póliza _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

El titular de la póliza es mi: _____ (especificar relación)

Género del titular de la póliza (círculo): Mujer Masculina

Es Su póliza de seguro primaria (círculo): POS PPO EPO HMO No conoce otro (especificar): _____

II. Compañía de Seguros Secundarios y Nombre del Plan: _____

Número de Identificación: _____ Grupo/Número de Política: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB del titular de la póliza: _____

SSN del titular de la póliza _____

Dirección del titular de la póliza _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____



El titular de la póliza es mi: _____ (especificar relación)

Género del titular de la póliza(círculo): Mujer Masculina

Es su póliza de seguro secundario a (círculo): POS PPO EPO HMO No conoce otro (especificar): _____

III. Terciario Compañía de Seguros y Nombre del Plan: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo/directiva: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB del titular de la póliza: _____

SSN del titular de la póliza' _____

Dirección del titular de la póliza _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

titular de la póliza es mi: _____ (especificar relación)

Género del titular de la póliza(círculo): Mujer Masculina

Es su póliza de seguro terciario a(círculo): POS PPO EPO HMO No conoce otro(especificar): _____

SECCION 3: Información del garante

Esta sección debe completarse si alguien que no sea el paciente es responsable de la cuenta del paciente.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial medio: _____

Relación Para Paciente: _____ SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de teléfono Alt: (_____) _____

Por la presente reconozco que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente y que estoy sujeto a todos los términos financieros enumerados below.

X _____

Firma del garante

Fecha

SECCION 4: Siguiete de Kin

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial medio: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

SECTION 5: Recordatorios de citas

- Autorizo a CBMC a enviarme un mensaje de texto para recordarme mi próxima cita.
- Autorizo a CBMC a enviarme un recordatorio de voz para recordarme mi próxima cita.
- Autorizo a CBMC a enviarme un correo electrónico para recordarme mi próxima cita.

Entiendo que todos los copagos se deben en el momento del servicio y que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean o no pagados por mi seguro. Entiendo que los cargos financieros comenzarán a acumularse en las cuentas que tienen 60 días de vencimiento para el pago a una tasa de 1.5% por mes. Además, entiendo que las cuentas excesivamente vencidas se enviarán a una agencia de cobro externa y seré responsable de cualquier cargo generado como resultado de los esfuerzos de cobro. Entiendo que algunos terceros pagadores pueden requerir que mi información médica, incluyendo copias de notas de tratamiento, se presente junto con las solicitudes de pago. Por la presente autorizo a Cancer/Blood & Medicine Clinic LLC a divulgar toda la información médica necesaria para asegurar el pago de los beneficios de terceros especificados anteriormente, y autorizo el uso de esta firma en todos los envíos relacionados. Entiendo que esta información puede incluir información médica relacionada con el abuso de drogas y alcohol, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y salud mental. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida sin expiración a menos que yo la revoque expresamente por escrito.

X _____
Firma del paciente Fecha _____

X _____
Firma del Guardián/Representante Fecha _____

Relación con el paciente/autoridad representativa

Formulario de Reconocimiento y Consentimiento HIPAA

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad respecto a mi información sanitaria protegida. Entiendo que esta información puede y se utilizará para: Llevar, planificar y dirigir mi tratamiento y atención de seguimiento entre los múltiples proveedores sanitarios que puedan estar involucrados en ese tratamiento, directa o indirectamente. Obtener el pago de los pagadores externos designados. Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones o evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. Me ha informado de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información sanitaria (disponible en la oficina en formato impreso).

He revisado dichas Notificaciones de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento, y reconozco que he estudiado las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento, y reconozco que he estudiado las Prácticas de Privacidad. Entiendo que esta organización tiene derecho a modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando, y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada de los Avisos de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que esta organización restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones sanitarias. También entiendo que la organización no está obligada a aceptar las restricciones que he solicitado, pero si la organización lo hace, entonces es natural que cumpla dichas restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que la organización haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: (mm/dd/yy) _____

Firmado (Paciente o representante legal del paciente) _____ Fecha: _____

Relación del representante legal con el paciente _____

Atención a pacientes de Reumatología Avanzada con Cáncer

Con efecto inmediato para quienes reciben tratamiento, ya
no aceptamos tarjetas de crédito y débito
para pagos relacionados con coseguros o copagos en
infusiones de medicamentos

Se aceptan giros de pago en efectivo, cheque o

Para cargos no relacionados con tratamiento inferiores a
300,00 \$, seguimos aceptando pagos con:



Nombre impreso: _____ Cartel: _____ Fecha: _____

Atención:

Todos los pacientes de reumatología avanzada

Se aplicará una cuota de cancelación de 30 dólares a quienes no entreguen 3 con días de antelación de cancelación, o "No Llamada, No Presentación" en la fecha programada de servicio. Múltiples "No presentarse y no llamar" también pueden ser motivo de despido.

Se pueden hacer excepciones caso por caso en situaciones de emergencia.

Hacemos todo lo posible por adaptarnos y proporcionar a nuestros pacientes visitas puntuales Sin embargo, las cancelaciones inoportunas y los "ausencias" afectan injustamente a otros pacientes y dificultan nuestro objetivo de ofrecer una atención de calidad y oportuna.

Agradecemos su cooperación en este sentido.

Atentamente, Dirección.

Acuso recibo esta información

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Atención:

Todos los pacientes de reumatología avanzada

Yo _____ estoy de acuerdo en que informaré rápidamente al personal del Instituto Avanzado de Reumatología, Autoinmunidad y Artritis de cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Esto incluye la pérdida de cobertura, cambiar mi plan de seguro (nuevo número de identificación) y cambiar mi proveedor de seguros (incluyendo cualquier transición de Medicare tradicional a planes Medicare Advantage).

Estoy de acuerdo en que sería responsable de los cargos por servicio y de las denegaciones del seguro que resultan de no informar de cualquier cambio a tiempo antes o en cada visita.

Acuso recibo esta información

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ Seguridad Social #: _____

Solicito y autorizo _____ Para publicar información sanitaria del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre _____
:

Dirección: _____

City: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

- Información sanitaria relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas: _____

- Toda la información sanitaria
- Otro: _____

Definición: Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) según la definición legal, RCW 70.24 y siguientes, incluye herpes, herpes simplex, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereum, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y gonorrea.

Sí No Autorizo la publicación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, sean negativas o positivas, a la(s) persona(s) mencionada(s). Entiendo que la(s) persona(s) mencionada(s) arriba serán notificadas de que debo dar un permiso escrito específico antes de divulgar estos resultados de la prueba a nadie.

Sí No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s).

Firma del paciente: _____ Fecha de firma: _____

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE SU FIRMA.