Olive Branch Family Medical Center
obfmc

Nombre del paciente: _____

Autorización para divulgar phi

Tenga en cuenta: Cualquier persona que no aparezca en la lista a continuación no podrá obtener ninguna información sobre su PHI de esta oficina. Las compañías de seguros u otros médicos no necesitan estar en la lista.

Por la presente, autorizo a OBFMC a dejar un mensaje y / o discutir mi información de salud protegida (PHI), para incluir información de la cuenta, resultados de pruebas, programar citas e información sobre mi atención médica con las siguientes personas:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Por favor, inicie cada uno y firme en la parte inferior

Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ Me han notificado el Aviso de Prácticas de Privacidad de OBFMC y se me ha ofrecido un

INICIALES copia de estos documentos.

Consentimiento para tratar

_____ Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento a OBFMC. Si el paciente es menor de edad,

La autorización de INITIALS permanecerá vigente hasta la edad de 18 años o hasta que se notifique por escrito a OBFMC por parte del tutor.

Política de Recepción de Cobro

_____ Me han notificado de la política de Crédito y Cobro de OBFMC y me han ofrecido un

INICIALES copia de estos documentos.

Autorización para otorgar beneficios al médico y presentar reclamos de medicare / seguro comercial

_____ Autorizo a OBFMC a presentar reclamos y cobrar pagos de mi seguro

INITIALS compañía por el servicio prestado a mí o a mis dependientes hasta que dicho acuerdo se rescinda por escrito. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para el pago de reclamaciones. Entiendo que soy responsable de los saldos que no están cubiertos por mi seguro, copagos, deducibles y montos de coseguro requeridos por mi seguro. Los costos de cobro y los honorarios legales incurridos para cobrar un saldo adeudado son responsabilidad del paciente y / o parte responsable.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Paciente o tutor