

Victoria ENT & Associates de alergia
117 medical Drive, Suite #1 Victoria, Texas 77904-3114
Teléfono (361) 573-4331

AUTORIZACIONES: Política financiera – PHI – permiso para tratamiento

Artículo 1: Financiera y autorización de tratamiento

El abajo firmante, con la presentación de servicios en esta instalación, solicitar y autorizar la evaluación, diagnóstico, tratamiento y diagnóstico examen o pruebas por mi médico y o su designado de Victoria ENT & Associates de alergia.

He leído, entiendo y está de acuerdo con la política financiera Victoria ENT & alergia asociado. Yo he sido ofrecido/dado una copia de su política financiera. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como aplicables los copagos y deducibles son mi responsabilidad y voy a hacer el pago. Entiendo que a pesar de que he sido citado mi beneficios del seguro, Victoria ENT & alergia asociados es también informándome que la cita no es una garantía de pago y que iba a ser responsable de cargos no remunerados.

Autorizo a mi seguro pagará beneficios directamente a mi médico o Victoria ENT & Associates de alergia.

Nombre del paciente: _____ Acct # _____

Fecha de nombramiento: _____

Firma de paciente/responsable partido: _____

Artículo 2: Protección autorización de información de salud (PHI)

Las siguientes personas pueden tener acceso a mi PHI hasta el momento en que este acceso es revocado por escrito

Por favor compruebe sus opciones que permite el acceso de las personas a su PHI.

Registro médico ____ Entire Expediente ____ Financial Beneficios ____ Insurance

Persona: _____ Relación con el paciente: _____

Persona: _____ Relación con el paciente: _____

Firma de paciente/responsable partido: _____

Tema 3: Tratamiento de autorizaciones de menor (S)

Persona o personas que tienen mi permiso para presentar a mi hijo menor de edad para el tratamiento con Victoria ENT & Associates de alergia en mi ausencia hasta que permiso es revocado por escrito:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma de paciente/responsable partido: _____