



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Reconozco que recibí una copia del aviso de atención médica de las prácticas de privacidad.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

X _____
Firma del paciente, padre o personal legalmente responsable

_____/_____/_____
Fecha

Consentimiento para el tratamiento: Autorizo a los médicos y personal clínico de Tanasbourne Pediatrics, LLC a realizar exámenes físicos y servicios de rutina, ordenar y realizar pruebas y administrar el tratamiento que el médico examinador considere necesario. Si el tratamiento se realiza, el médico me informará completamente sobre la naturaleza del procedimiento, las alternativas al tratamiento y los riesgos involucrados. Se me dará la oportunidad de hacer preguntas. En caso de que se indiquen procedimientos especiales, entiendo que el médico examinador discutirá esto conmigo y que pueden requerirse consentimiento (s) adicional (es).

Asignación de Beneficios: Autorizo a mi (s) compañía (s) de seguro a remitir el pago de beneficios por cualquier reclamo a Tanasbourne Pediatrics, LLC. Entiendo que cualquier gasto inelegible o no cubierto es mi responsabilidad.

Asigno a Tanasbourne Pediatrics, LLC, como Representante Autorizado a: (1) presentar todas y cada una de las apelaciones cuando mi compañía de seguros me niega los beneficios a los que tengo derecho, (2) presentar todas y cada una de las solicitudes de información sobre beneficios de mi compañía de seguros, (3) iniciar quejas formales a una agencia estatal o federal que tuviera jurisdicción sobre mis beneficios, y (4) liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamaciones. Autorizo a cualquier administrador o asegurador del plan a publicar cualquier documento del plan, póliza de seguro y / o información sobre la liquidación previa solicitud por escrito de Tanasbourne Pediatrics, LLC. Esta asignación es válida para todos los exámenes administrativos y judiciales bajo PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válida como el original.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LA PÓLITICA FINANCIERA

Reconozco que recibí una copia de la Política Financiera de Tanasbourne Pediatrics, LLC.

Nombre del paciente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

X _____
Firma del paciente, padre o personal legalmente responsable

_____/_____/_____
Fecha