



RURAL HEALTH SERVICES, INC.

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para lo siguiente:

Confidencialidad:

Soy consciente de que la información sobre el tratamiento se considera confidencial y se utilizará de manera coherente con la conducta profesional adecuada y solo se divulgará a fuentes externas de conformidad con los estatutos y reglamentos de las leyes estatales y federales aplicables o cuando lo ordene un tribunal.

Acuerdo financiero:

Acepto pagarle a RHS los servicios prestados. Reconozco que el pago vence al momento del servicio y es cobrable al momento de recibir un estado de cuenta. Esto incluye todos los montos de copago, deducibles y copagos de tarifa variable. Si el pago no se ha recibido en un plazo de 120 días a partir de la fecha del servicio o se no se cumple con los requisitos del Acuerdo Financiero, la cuenta se enviará a cobros. Se pueden hacer acuerdos de pago con el Departamento de Facturación si las cuentas no se pueden pagar en su totalidad en el momento del servicio.

Acuerdo de facturación del seguro:

RHS presentará la reclamación del seguro. La responsabilidad del pago puntual al Seguro sigue siendo del paciente. No es política de RHS ponerse en contacto con proveedores fuera de la red para establecer qué han pagado o por qué han pagado menos de lo indicado originalmente.

Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice a mí o en mi nombre al proveedor o proveedores de RHS, por los servicios prestados a la parte que acepta la asignación. Se aplican las regulaciones relativas a las asignaciones de beneficios de Medicare. Autorizo a cualquiera en posesión de mi Información médica confidencial a ser divulgada a la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de la Atención Médica; sus intermediarios o proveedor, cualquier información necesaria para reclamos de seguros. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de la original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico para mí o para la parte que acepta la asignación. Entiendo que la información de facturación relacionada con los servicios prestados podría divulgarse a mi proveedor de seguros para el pago de los servicios recibidos.

RHS no presenta seguros de responsabilidad civil, como cobertura de vehículos motorizados o de terceros. Si lo solicita, le proporcionaremos la información necesaria para que presente su reclamo de cobertura de terceros.

Reclamaciones de compensación para trabajadores:

Los reclamos se enviarán al empleador para que los procese su compañía de compensación. Será responsabilidad del paciente pagar cualquier parte de la reclamación que se niegue o se determine que no está relacionada o si el paciente no proporciona la información adecuada para presentar esta reclamación.

Consentimiento para tratamiento (ADULTO):

Doy mi consentimiento para recibir cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de RHS considere necesario. Entiendo y me apegaré a todas las declaraciones anteriores.

Consentimiento para tratamiento (NIÑO o ADULTO INCAPACITADO)

Por medio de la presente declaro que soy uno de los padres, la custodia legal principal o la custodia legal conjunta del paciente se presenta hoy para apobar el tratamiento. Doy mi consentimiento como tutor para cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de RHS considere necesario. Entiendo y me apegaré a todas las declaraciones anteriores.

Se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Rural Health Services, Inc.

Este centro de salud recibe fondos del HHS y tiene un estatus de acreditado por el Servicio Federal de Salud Pública (PHS) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos.

Nombre completo del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____

Asistencia para completar el formulario proporcionada por:

Personal de RHS _____ u Otra _____