



SANDHILLS MEDICAL FOUNDATION, INC.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTO DE CUIDADO GENERAL

Yo, el que firma, para mí mismo, niño/a menor o otra persona que tiene autoridad para firmar, doy mi conceto para cuidado médico y tratamiento, lo que sea ordenado por el doctor, mientras el cuidado/tratamiento sea en una de nuestras oficinas manejadas por SMF. Este conceto incluye todos los servicios medical/comportamiento, procedimientos diagnosticados y tratamiento rendida por el general o instrucciones específicas por el doctor de SMF, atendiendo o el doctor referido, incluye: exámenes ordenados, procedimientos de rayos X, análisis de laboratorio, cardiogramas, tratamiento/medicamento, y cualquier exámenes/procedimientos necesarios. Yo entiendo que, como paciente, estoy bajo el cuidado directo del doctor y trabajadores, agentes y representantes de SMF van a cargar las instrucciones del aquellos doctores. También entiendo que SMF no controla las decisiones o acciones de los doctores que le da tratamiento, miembros de centros medicales empleados o contratadores independientes. Yo estoy informado qué la practico de medicina y operaciones no es ciencia exacta y estoy consciente de que no ay garantía para mí como resultados o exámenes de clínicas de SMF.

RESIDENTE MÉDICA Y PARTICIPANTE ESTUDIANTE DE CLINICA

Yo entiendo que SMF tiene afiliaciones educacionales con escuelas médicas y otros instituciones y yo consiento/de acuerdo para un residente medical y/o estudiante de clínica participando en mi cuidado bajo la supervisión apropiada.

DAR INFOMACION PARA EL PROPOSITO DE BILES

Yo entiendo y de acuerdo que SMF y todos los doctores participando en mi tratamiento para dar información a mi aseguranza, y otros pagadores o otras personas como necesario para biles y propósitos relacionados, u en tiempo razonable en acordinada con SMF pólizas y procedimientos, cualquier información puede incluir, pero no está limitado, mi identidad, psicológico/medico evaluaciones, diagnósticos, tratamientos para emocional/physico enfermedad, deshabilites, procedimientos de operación, notas de progreso y otra información que contiene el historial de cuidado del paciente para extender tales historiales necesitadas para biles o colección para benefició del pagador. Esta autorización va determinar el pago en completo de todos los reclamos relacionados con el servicio dado por SMF a mi o al paciente de que le estoy firmando. En un paciente dentro, o fuera o departamento de emergencia, yo permito una copia de esta autorización para usar en lugar del original.

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA

Yo/nosotros autorizamos a SMF para actuar en mi/nuestro abogado en facto: (1) en colección de beneficios de responsabilidad de partí tercero por cualquier cosa necesario, y (2) en firma de beneficio de cheque echo pagado a mi mismo y/o a SMF. Yo/nosotros autorizamos pagos directos para asignar a SMF y doctor(s) cualquier derecho que el paciente y yo tengo o intitulo que puede ser aplicable, bajo cualquier póliza de aseguranza o cualquier plan de beneficios del empleado de welfare gobernado por el Acto de Retiro Ingresos de Seguridad del Empleado. Yo/nosotros además garantiza y representa que cualquier aseguranza que nosotros asignamos no solo es una aseguranza valida, pero también en efecto, y que nosotros tenemos el derecho de hacer este asignación. Si elegible para Medicare, yo/nosotros pedimos servicios y beneficios de Medicare. Yo entiendo que soy responsable por cargos no cubiertos por aseguranza, Medicare, Medicaid y cualquier otra forma de salud o beneficio de welfare.

GARANTIA DE PAGO

Yo entiendo que soy responsable económicamente a SMF. Yo prometo y de acuerdo pagar a SMF todos los cargos que no son pagados por mi plan de aseguranza, PPO, HMO o otras coberturas y cualquier pago aplicable y cargos de deducible para servicios que no son cubiertos por Medicaid o programas de Medicare. Yo autorizo el reembolso de sobrepagos en beneficio de asguranza en acordinada con mi póliza de condiciones de aseguranza donde cobertura es asunto a coordinación de cláusulas de beneficios.

Si esta cuenta se le entrega a una agencia de colección o a un abogado para colección, yo entiendo y de acuerdo qué yo seré obligado a pagar todos los costos de la colección, incluyendo, pero no limitado, costos razonables del abogado.

Por mi firma, yo entiendo y de acuerdo con declaraciones de arriba:

Firma del paciente/Otro

(Si otro, relación al paciente)

Fecha firmado

Testigo