



FASTCARE

URGENT CARE AND OCCUPATIONAL MEDICINE

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Todos los servicios profesionales prestados serán cobrados en el día de la visita. Es necesario completar los formularios para asegurar el pago de su seguro.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguro (s), incluyendo Medicare, el seguro privado, y cualquier otro seguro de salud/plan médico, la expedición de cheque (s) directamente a **FastCare LLC**. Entiendo que soy responsable por cualquier balance que se puede deber a **FastCare LLC**, debido a:

- ❖ Co-Seguro o Co-pago
- ❖ Deducibles anuales
- ❖ Los servicios no cubiertos por el seguro
- ❖ Fuera de la red de los cargos
- ❖ Terminado o ninguna cobertura de seguro
- ❖ La negancia de pagos de compensación de trabajo
- ❖ La falta de respuesta a la correspondencia de compañía de seguros

X_____ Fecha: _____

Firma del paciente o Custodio del paciente

X_____

Relación al paciente (si custodio)

COMPARTIMIENTO DE ARCHIVOS POR RAZONES FINANCIERAS

Yo _____ autorizo el compartimiento de mi información al seguro médico para procesar reclamos y pedir que los beneficios sean pagados directamente a **FastCare, LLC**.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que independientemente de mi fuentes de seguro médico, yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones de cual e leído toda la información en este formulario y certifico esta información de ser verdadera y correcta al mayor de mi conocimiento.

Del mismo modo, yo presento consentimiento y concedo permiso a FastCare, LLC al igual de los empleados médicos para obtener cualquier otra información medica de fuentes externas.

X_____ Fecha: _____

Firma del paciente o Custodio del paciente

X_____

Relación del paciente (si custodio)



FASTCARE

URGENT CARE AND OCCUPATIONAL MEDICINE

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y ACCESO DE INFORMACION DE SALUD

SECCION A: El paciente dando consentimiento

Nombre: _____ SS#: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

SECCION B: Por favor leer la siguiente con cuidado:

Propósito de consentimiento: Firmando esta forma usted consentirá a nuestros empleados el uso y acceso de su información protegida de la salud para el tratamiento, actividades, operaciones u otros servicios.

Aviso de las prácticas del aislamiento: Usted tiene derecho de leer nuestro aviso de la prácticas del aislamiento antes de que usted decida si firmar este consentimiento. Nuestra notificación da una descripción de nuestro tratamiento, actividades del pago y servicios dados y de los accesos que podemos hacer de nuestra información protegida de la salud y de otras materias importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de este aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a que lo leas antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas del aislamiento según lo descrito en nuestro aviso de las prácticas del aislamiento. Si cambiamos nuestras prácticas de aislamiento, le daremos una forma revisada, cual contendrá los cambios. Esos cambios solo aplican a nuestra información de la salud protegida.

Derecho de Revocar:

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos el aviso por escrito de su revocación sometida a la oficina. Entienda por favor que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que tomáramos en confianza en este consentimiento antes de que recibiéramos su revocación y podemos **DECLINAR** para tratarle o para continuar tratándole si usted recova este consentimiento.

Yo _____ he tenido oportunidad complete de leer y de considerar el contenido de esta forma del consentimiento y su aviso de las prácticas de aislamiento. Yo entiendo que al firmar esta forma de consentimiento estoy autorizando a su uso y acceso de mi información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades del pago y procedimientos durante mi consulta.

Firma: _____ Fecha: _____