



**Solicitud de Asistencia Financiera
información de Paciente**

(Por favor usar letra de molde)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEXO: Masculino Femenino

Grupo étnico/raza Blanco Negro Hispano

Asiático ,o isleño del Pacífico Nativo de las Américas

Dirección: _____ Telefono de Casa: _____

Ciudad: _____ CodigoPostal: _____ Telefono Móvil: _____

INFORMACION de: Esposo/a /Padre/GUARDIAN

Esposo/a: _____ Padre/Guardian: _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ CodigoPostal: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA/CERTIFICACIÓN

Todos los miembros del hogar **DEBEN** proporcionar verificación de ingresos. Los documentos aceptados son la declaración de impuestos 1040 más reciente presentada o el estado de beneficios de Seguridad Social vigente. Si no cuenta con alguno de estos documentos, por favor llame a nuestra oficina al 727-312-3881 o envíe un correo electrónico a clinic@familyhearinghelp.org antes de enviar esta solicitud.

Si está enviando electrónicamente, por favor envíe la verificación aquí:

Hay _____ **(Total #) persona(s) en mi hogar. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (antes de impuestos) \$** _____ del último año.

“Certifico que la información contenida en esta solicitud de asistencia es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que Sertoma Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc. (Sertoma) puede verificar cualquiera de la información anterior. Entiendo que Sertoma tiene el derecho de cancelar mi asistencia y cobrar la tarifa completa por los servicios en caso de encontrar cualquier información presentada de manera fraudulenta mientras participo en cualquiera de sus programas, de acuerdo con el Estatuto de Florida 817.50, que establece: ‘Cualquiera que, intencionalmente y con la intención de defraudar, obtenga o intente obtener bienes, productos, mercancías o servicios de cualquier proveedor de atención médica en este estado comete un delito grave de tercer grado.’

Firma del paciente/tutor

Dia

La solicitud completa / verificación de ingresos también se puede enviar a cualquiera de los siguientes:

Correo electrónico: clinic@familyhearinghelp.org

Fax: 727-807-6172 o

Correo postal: Sertoma Speech & Hearing Foundation, 5211 US Hwy 19, Ste 200, New Port Richey, FL 34652

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Con mi firma a continuación, entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que Sertoma Speech & Hearing Foundation of Florida, Inc. (Sertoma) puede y utilizará mi información de salud para fines de mi tratamiento, pago por el tratamiento y operaciones de atención médica. Entiendo que Sertoma puede usar y compartir mi información de salud protegida para otros fines según lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (Aviso). Entiendo que Sertoma tiene el derecho de cambiar el Aviso de vez en cuando y que puedo revisar y obtener una copia actual del Aviso en cualquier momento

Dia: _____

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento(MM/DD/AAAA): _____

Firma del Paciente /Representativo: _____

SI ESTÁ FIRMANDO COMO REPRESENTANTE DEL PACIENTE:

Nombre (molde): _____

Describe su autoridad: _____

USO internal Solamente :

Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement Form

Patient Name: _____ Date: _____

I attempted to obtain the patient's (or their representative's) signature on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement Form, but was unable to do so as documented below:

Reason: _____

Printed Name: _____ Signature: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorización para divulgar los historiales médicos de pacientes. Muchos de nuestros pacientes permiten que sus familiares, como su cónyuge, pareja, padres o hijos, los llamen para solicitar los resultados de pruebas, procedimientos e información financiera. Según los requisitos de la HIPAA, no podemos proporcionar información de ningún paciente sin su consentimiento. Si desea que su información médica o financiera se divulgue a cualquier persona, debe completar y firmar este formulario. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos realizado divulgaciones basándonos en su consentimiento previo. Autorizo a Sertoma Speech & Hearing Foundation De Florida, Inc. (Sertoma) a divulgar mis registros y cualquier información solicitada a las siguientes personas:

1. _____ Relación con el Paciente: _____
2. _____ Relación con el Paciente: _____
3. _____ Relación con el Paciente: _____
4. _____ Relación con el Paciente: _____

Además, autorizo a Sertoma a revelar información sobre mi parte del costo de los servicios a los siguientes individuos, grupos o individuos asociados con los siguientes grupos:

_____ Autorización de mensajes (marque todas las opciones que correspondan)

Autorizo a Sertoma a dejar un mensaje detallado en el siguiente número de teléfono con respecto a las citas.

Autorizo a Sertoma a dejar un mensaje detallado en mi número de teléfono que aparece a continuación con respecto al tratamiento médico, atención, resultados de pruebas o información financiera.

Autorizo a Sertoma a dejar un mensaje a cualquier persona que conteste el teléfono que aparece a continuación.

Número(s) de teléfono autorizado(s): _____

Nombre del paciente: _____

Firma de paciente/guardián legal: _____ Día: _____

FUNDACIÓN SERTOMA PARA EL HABLA Y LA AUDICIÓN DE FLORIDA, INC. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE, CON FINES EDUCATIVOS, PROMOCIONALES Y DE RECAUDACIÓN DE FONDOS PARA PACIENTES

ADULTOS

Entiendo que la divulgación de información sobre mi atención y tratamiento puede ser útil para otros en capacitación, educación o investigación. SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. nos ha solicitado permiso para usar todos los registros de mi atención y tratamiento que puedan utilizarse para fines de atención al paciente, capacitación, educación e investigación. Entiendo además que se pueden tomar fotografías, películas o videos de mi atención y tratamiento, y autorizo el uso de dichas fotografías, películas o videos con fines de capacitación, educación e investigación, siempre que no se divulgue mi nombre en ninguna presentación o publicación. Por la presente, entiendo que la información sobre mi atención y tratamiento, así como las fotografías, películas y videos tomados de mi atención y tratamiento, pueden ser utilizados por SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. en materiales promocionales y con fines publicitarios. Por la presente, autorizo a SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. a utilizar mis registros, fotografías, películas o videos con fines publicitarios, y también autorizo a la misma a publicar total o parcialmente dichos registros, fotografías, películas y videos con dichos fines. Autorizo, con fines publicitarios, la divulgación de mi nombre e información sobre mi atención y tratamiento. Entiendo además que SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC., al divulgar esta información para los fines establecidos anteriormente, NO tendrá ninguna responsabilidad por el uso de dicha información por parte de SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. de cualquier responsabilidad o reclamación que pudiera surgir al comprender cualquier filmación o en el uso de los registros, fotografías, películas o cintas de video de mí, _____

ACEPTO TODO LO ANTERIOR Fechada este _____ día de _____, 20__

Nombre del paciente _____ Firma del paciente _____

SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION OF FLORIDA, INC. PERMISO DE DIVULGACION DE INFORMACION PARA EL CUIDADO FISICO, EDUCACIONAL, PROMOCIONAL, Y PROPÓSITOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS.

Para Pacientes Menores

Yo (nosotros) entiendo que la divulgación de la información del cuidado de mi (nuestro) hijo puede ayudar a otros en su entrenamiento, educación, e investigación. SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION me ha pedido permiso para usar cualquier y todo archivo del cuidado de mi (nuestro) hijo para avanzar este entrenamiento, educación, e investigación. Yo (nosotros) entiendo que fotografías, videos, o grabaciones serán posiblemente tomadas del cuidado de mi hijo y de su tratamiento, y autorizamos el uso de estas fotografías, videos o grabaciones con tal de que no se divulgue el nombre de mi (nuestro) hijo ni que se use en publicación o en presentaciones. Yo (nosotros) entiendo que la información juntada en videos, grabaciones, y fotografías que hacen parte del tratamiento de mi (nuestro) hijo podrán ser usadas para material promocional y publicidad. Yo (nosotros) le doy autorización a SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION de usar fotografías, videos, y grabaciones de mi (nuestro) hijo para razones de publicidad y por lo tanto autorizamos la publicación de las mismas para uso de publicidad. Yo (nosotros) autorizamos el uso del nombre de mi (nuestro) hijo para publicidad en cuanto al tratamiento de el. Yo (nosotros) estoy de acuerdo que cuando SERTOMA SPEECH & HEARING FOUNDATION publique o use la información anteriormente mencionada, sera libre de toda responsabilidad y obligación legal que se pueda presentar en el uso de videos, grabaciones, o fotografías de mi (nuestro) hijo _____.

Estoy de acuerdo con lo anterior, Fechado este _____ Dia de _____ de, 20__

Firma _____