

Informação do Paciente

Nome: _____

Data de Nascimento (Mês/Dia/Ano) : ____/____/____

Sexo: M ou F

Endereco: _____

Email: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento (Mês/Dia/Ano) : ____/____/____

Telefone: _____

Endereco: _____

Nome do Pai: _____

Data de Nascimento (Mês/Dia/Ano) : ____/____/____

Telefone: _____

Endereco: _____

Contato de Emergência (sem ser os pais)

Nome: _____ Relação ao Paciente: _____

Telefone: _____

Consentimento

Eu autorizo a Optimum Medical, LLC a divulgar minhas informações de saúde protegidas para realizar meu tratamento, obter pagamento de companhias de seguros e para operações de saúde, como avaliações de qualidade.

Fui informado de que posso rever o aviso de privacidade da clínica para obter uma descrição mais completa dos usos da divulgação antes de assinar este consentimento.

Eu entendo que esta clínica tem o direito de alterar suas práticas de privacidade e que posso obter qualquer aviso revisto na prática, Optimum Medical, LLC

Eu entendo que tenho o direito de solicitar uma restrição de como minhas informações de saúde protegidas são usadas. No entanto, também entendo que a clínica não está sujeita a concordar com a solicitação. Se a clínica concordar com minha restrição solicitada, eles devem seguir minhas restrições.

Entendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento, mediante solicitação por escrito, exceto para informações já utilizadas ou divulgadas

Optimum Medical, LLC tem o prazer de estar em rede com muitas grandes companhias de seguros. Se não estivermos em rede com o seu provedor de seguros principal, a Optimum Medical, LLC, enviará a declaração de nossos serviços diretamente à companhia de seguros em nome do paciente. No entanto, lembre-se de que o seguro não substitui o pagamento. É da sua responsabilidade pagar quaisquer co-pagos e franquias exigidos pelo seu seguro, bem como qualquer saldo não coberto pelo seu seguro. Somos obrigados a cobrar por qualquer saldo não coberto pelo seu seguro, e encaminharemos as faturas necessárias para você após a reconciliação da sua conta pela sua companhia de seguros.

Eu autorizo a liberação de qualquer informação médica necessária para determinar a responsabilidade pelo pagamento e para permitir que a Optimum Medical LLC obtenha reembolso de qualquer reclamação. Solicito que o pagamento de benefícios autorizados seja feito em nome do meu filho. Eu atribuo os benefícios a pagar os benefícios médicos e ou cirúrgicos, incluindo grandes benefícios médicos, seguro privado e outros reembolsos. Este documento permanecerá em vigor até ser revogado por mim por escrito. Uma cópia digitalizada deste documento deve ser considerada válida como original. Entendo que sou financeiramente responsável por todas as cobranças, pagas ou não por qualquer seguro. Eu autorizo a Optimum Medical, LLC a liberar todas as informações necessárias para garantir tal pagamento.

Nome impresso da Mãe ou Pai

Assinatura

_____/_____/_____
Data

Optimum Medical, LLC
Jacques Etienne M.D., F.A.A.P
48 Main St Danbury, CT 06810
Phone: (203) 794-9000 Fax: (203) 794-9005