

Información Del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Género: M o F

Dirección: _____

Email: _____

Nombre de la Madre: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del Padre: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Contacto de emergencia (que no sea los padres)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Consentimiento

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

Yo autorizo a Optimum Medical, LLC a divulgar mi información de salud protegida para realizar, obtener el pago de las compañías de seguros y para operaciones de salud, como evaluaciones de calidad.

Yo he sido informado que puedo revisar el aviso de notificación de privacidad del consultorio para obtener una descripción más completa de los usos de la divulgación antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que Optimum Medical, LLC tiene derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener avisos revisados en el consultorio, Optimum Medical, LLC.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se usa mi información médica protegida. Sin embargo, también entiendo que en el consultorio no se requiere aceptar la solicitud. Si el médico acepta mi solicitud, deben seguir mi restricciones como acordado.

Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento haciendo una petición por escrito, a excepción de la información ya utilizada o divulgada.

Optimum Medical, LLC está orgulloso de estar conectado con la red de compañías más grandes de seguros. Si su compañía de seguro no es parte de nuestra red, Optimum Medical, LLC, mandará los estados de cuenta sobre los servicios proveídos de su parte. Sin embargo, recuerde por favor que el seguro no es un sustituto para la forma de pago. Es su responsabilidad pagar los copagos y deducibles mencionados por su póliza de seguro, así como también cualquier balance o cuota que no está cubierta por su póliza de seguro médico. Es nuestro deber mandarle cualquier estado de cuenta con cualquier balance que no fue cubierto por su póliza. Le mandaremos cualquier factura necesaria para mantener su balance al día, después que el seguro cubra su parte de pago.

Yo autorizo que proporcione cualquier información médica necesaria para determinar su elegibilidad de pago y permitir que Optimum Medical LLC obtenga el reembolso de cualquier reclamo. Yo solicito que los pagos de los beneficios autorizados se hagan en el nombre de mi hijo. También asignó los beneficios al pago de beneficios médicos y de cirugía, incluyendo la mayor cantidad de beneficios médicos, seguros privados y otros reembolsos. Estas decisiones se mantendrán en efecto hasta que sean revocadas por mí por escrito. Una copia de estas decisiones debe ser considerada válida como la original. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todo los cobros, pagos o no pagos por cualquier póliza de seguro. Autorizo a Optimum Medical, LLC a divulgar toda la información necesaria para garantizar dicho pago.

Nombre pintado de la Madre o Padre

Firma

Fecha