

GREENBELT ENDOSCOPY CENTER

FORMULARIO DE AUTORIZACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

PARTE A: El beneficiario, aquí autoriza que cualquier beneficio proporcionado a mí o a mí depende bajo esta póliza, sean pagados de acuerdo con el contrato. En consideración de servicios médicos y/o anestesia que se me haga a mí o a mí depende.

Aquí transfiero cualquier beneficio bajo el contrato descrito arriba mientras sea necesario para cubrir los gastos:

He verificado mi información personal y la información sobre mi seguro medico y todo esta correcto. Yo entiendo que Greenbelt Endoscopy Center esta requerido a proveer mi información al seguro medico al momento que se someta el cobro. El seguro medico puede rechazar el cobro si es que mi información este incompleta o incorrecta. Si el cobro es negado debido a que mi información es invalida o incorrecta, yo seré responsable de pagar por completo el cobro por esta visita.

Una copia de este contrato será considerada efectiva y válida como el contrato original. Los Beneficios de servicio serán pagados a: Greenbelt Endoscopy Center, 9821 Greenbelt Rd. Suite 103 Lanham, MD 20706.

PARTE B: Este cobro es únicamente por el uso de Greenbelt Endoscopy Center. Esto incluye el cuarto de procedimiento, exámenes de preparación, y los cuidados proporcionados en el cuarto de recuperación donde será atendido por una enfermera registrada. Todos los accesorios están incluidos. Nosotros no detallamos el costo de cada instrumento utilizado para mantener los gastos al mínimo.

LOS CARGOS DE EL DOCTOR, SERVICIO DE ANESTESIA, Y SERVICIOS DEL LABORATORIO NO ESTAN INCLUIDOS EN ESTE CARGO. ESTAS PARTES LE ENVIARAN SUS PROPIOS COBROS POR LOS SERVICIOS RENDIDOS, Y GREENBELT ENDOSCOPY CENTER NO ES RESPONSABLE POR ELLOS.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE MI TRATAMIENTO, PAGO Y RECIBO DE “EL ACTA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD”

Yo por medio de este documento, autorizo a Greenbelt Endoscopy Center que utilice y/o revele mi información médica la cual específicamente me identifica o la cual puede ser utilizada razonablemente para identificarme a mí para que lleven a cabo mi tratamiento, pago ú operaciones de salud. Yo entiendo que aunque esta autorización es voluntaria, si yo rehúso firmar esta autorización, Greenbelt Endoscopy Center tiene derecho a rehusarse a proveerme servicios.

En caso que mi información médica necesite ser revelada a otros practicantes de salud, yo entiendo que deberé dar consentimiento por avanzado por cada tipo de uso no-rutinario.

Yo entiendo, que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Greenbelt Endoscopy Center por escrito, pero si yo revoco este consentimiento, dicha decisión no afectará ninguna acción que Greenbelt Endoscopy Center haya tomado antes de recibir mi revocación.

Yo he recibido una copia del “Acto de Prácticas de Privacidad” versión 0403 que Greenbelt Endoscopy Center me ha preparado. Este acto describe en su totalidad el uso y el tipo de mi información medica que se puede revelar para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. Yo he revisado este acto antes de firmar esta autorización.

Yo entiendo que Greenbelt Endoscopy Center tiene reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que yo puedo solicitar una copia de esos cambios cuando sea necesario.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitarle a Greenbelt Endoscopy Center restricciones en como mi información de salud puede ser diseminada o usada para sobrellevar mi tratamiento, pago ú operaciones de salud. Yo entiendo que Greenbelt Endoscopy Center no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones, pero que cuando esas restricciones sean acordadas, Greenbelt Endoscopy Center tiene que adherirse a tales restricciones.

GREENBELT ENDOSCOPY CENTER

Yo entiendo y acepto los términos de este documento

Procedimiento (Procedure type): _____

Cobro total por este procedimiento (Total charged for the procedure): _____

Co-Payment obtenido (Co-payment received): _____

Balance (Payment balance): _____

PARA LA CAMARA ENDOSCOPICA SOLAMENTE

Ya que este procedimiento requiere que el paciente lleve parte del equipo por un periodo de tiempo, **un depósito de \$200.00 es requerido.** Usted puede dar ese depósito en efectivo (cash), tarjeta de crédito, o cheque. Este depósito será reembolsado en el momento que el equipo es retornado al Centro.

Deposito colectado: _____ (por favor especifique el método de pago: cash, tarjeta de crédito, cheque, o exonerada de pago)

Firma del Paciente (Pt's Signature): / Guardián: _____

Testigo (Witness): _____

Fecha (Date): _____