

Silkiss Eye Surgery

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Por la presente, autorizo a Silkiss Eye Surgery a divulgar la historia clínica al profesional, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina, compañía de seguro o empleador, cualquier información relacionada con mi afección.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del paciente o tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL PAGO DE LOS BENEFICIOS AL MÉDICO

Por la presente, autorizo el pago directo a Silkiss Eye Surgery por los beneficios médicos o quirúrgicos que se me proporcionaron. Si mi compañía de seguro rechazara el pago de cualquier servicio recibido, seré responsable del pago.

Firma del paciente o tutor

Fecha

ACUERDO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Como miembro de un plan de atención administrada entiendo que, en la mayoría de los casos, soy quien debe obtener las autorizaciones del médico de atención primaria. Además, entiendo que al firmar este documento: reconozco mi obligación financiera y acepto trabajar con Silkiss Eye Surgery a fin de obtener la autorización del seguro para cada visita.

Firma del paciente o tutor

Fecha

RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Reconozco que he leído el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Firma del paciente o tutor

Fecha

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Se puede cobrar un cargo de \$50.00 por cancelación si no se presenta o cancela sin anticipación (dentro de las 24 horas).

Firma del paciente o tutor

Fecha