

# RECONOCIMIENTO DE LPRSM

## PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PACIENTE:

Iniciales \_\_\_\_\_

Estamos comprometidos en asegurar que su Información de Salud Protegida (ISP) permanezca confidencial. Sus archivos de papel y electrónicos son resguardados y liberados solamente con su consentimiento, o su portador de aseguranza, otros profesionales médicos directamente involucrados en su cuidado, o como sea requerido por ley. Nuestra política de Practicas de Privacidad, cual explica como su información medica puede ser usada y divulgada, esta disponible para su revisión o esta bienvenido en obtener una copia. Su usted quiere liberar su ISP a otro medico o instalación usted será requerido/a llenar una forma separada para solicitar sus archivos.

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE ARCHIVO:

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo autorizo Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. de evaluar y tratarme o a mi miembro de familia. Yo he leído y autorizo las políticas de clínica arriba y también reconozco que acepto los términos delineados en cada una de las políticas arriba. Yo por lo presente autorizo Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. a liberar a mi medico referente, compañía de aseguranza, o tutor legal, cualquier información, incluyendo diagnostico y archivos de tratamiento, acerca de mi historia médica y cuidado de cirugía plástica.

## PÁGINA WEB DE BASE DE DATOS DE PAGO ABIERTO:

Iniciales \_\_\_\_\_

La base de datos de pago abierto es una herramienta federal para buscar pagos hechos por compañías de drogas y dispositivos a médicos y hospitales de enseñanza. Puede ser encontrada en <https://openpaymentsdata.cms.gov>. Por favor deje saber en la recepción si le gustaría una copia de sus papeles.

## RECONOCIMIENTO:

- Yo reconozco que he recibido acceso al "Aviso de Practicas de Privacidad" para Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. Yo he leído y comprendo la "LPRSM & Política de Información Médica".
- Yo por lo presente autorizo a Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. de liberar cualquier información solicitada por la compañía de aseguranza o compañías o representantes respectivos y actuar como mi agente para asegurar pago de cualquier o todos los servicios brindados.
- Yo comprendo que soy financieramente responsable al medico por cualquier o todos los cargos incurridos a mi y/o dependientes.
- También reconozco y comprendo que acepto los términos delineados en cada de las políticas.
- Yo comprendo que no hay garantía hecha a mi sobre los resultados en mi cuidado o resultado médico.

X \_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR TELEFÓNICO (LPCT):

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo que la instalación, Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. o cualquier otra colección o agencia de servicio o agencias de retención por la instalación (juntas referidas a "colectores") para coleccionar cualquier dinero que yo debo a la instalación puede contactarme por teléfono o por medio de mensaje texto a cualquier numero dado por mi o de otra manera asociado a mi cuenta, incluyendo pero no limitado a, números de teléfono celular/inalámbricos cual pueden resultar en cargos incurridos por la llamada o mensaje texto, mensajes de voz artificial o mensajes de voz. También estoy de acuerdo en que los colectores me contacten usando mi correo electrónico a cualquier dirección electrónica proporcionada a la instalación o de otra manera asociado mi cuenta.

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Iniciales \_\_\_\_\_

Autorización de Pago y Liberación de Información

Yo (se refiere al bajo firmante en este documento) comprendo que todas las cuotas incurridas son responsabilidad del paciente, padres del paciente, tutor legal del paciente, y/o agente autorizado, y reconozco responsabilidad por cualquier y todos los cargos facturados a mí por servicios médicos y quirúrgicos brindados a mi o a mi familia. También reconozco que la compañía de aseguranza es facturada como cortesía al paciente.

Yo autorizo al Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. de liberar a mi compañía de aseguranza o sus representantes cualquier información incluyendo los diagnósticos y archivos de cualquier tratamiento o examinación atendida durante el periodo de dicho cuidado médico.

Yo por lo presente autorizo a cualquier compañía de aseguranza asegurándome y a mi familia de pagar al Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. por servicios médicos y quirúrgicos brindados al paciente nombrado.

*Yo comprendo que Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. NO facturara a cualquier compañía de aseguranza por procedimientos considerados cosméticos a menos que haya autorización previa. Si deseo facturar mi cirugía DEBO de esperar hacer la cirugía hasta que la autorización de mi compañía de aseguranza haya sido obtenida por Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. Si elijo obtener mi cirugía antes de la autorización, Eye Physicians Medical/Surgical Center, Inc. no asistirá en facturar de ninguna manera para propósitos de aseguranza.*

X \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Conyugue/Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Persona responsable aparte de paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_