

Paciente Nombre _____ **Date of Birth** _____

_____ (INICALES DE PACIENTE) **Aviso De Prácticas De Privacidad.** Reconozco que he recibido aviso de la práctica de prácticas de privacidad, que describe las maneras en que la práctica puede usar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y otros se describe y permite usos y disclosers. Entiendo que puedo contactar con el oficial de privacidad designado en el aviso de tiene preguntas o quejas. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y discloser de mi información fo efectos describe en el aviso de prácticas de privacidad.

_____ (INICALES DE PACIENTE) **Divulgación De Información** Por la presente permito la práctica y los médicos u otros profesionales de salud implicados en el cuidado de pacientes hospitalizados o ambulatorios para divulgar información de salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.

- Información de salud sobre una admisión previa en otras instalaciones puede hacerse disponible para posteriores instalaciones que admite para coordinar la atención de los pacientes para propósitos de manejo de casos. información sobre la salud puede ser comunicados a cualquier persona o entidad responsable de pago en favor del paciente con el fin de verificar cuestiones de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el beneficio de pago. información de salud puede ser divulgada al designado de mi empleador cuando los servicios prestados están relacionadas con una reclamación de compensación de trabajadores.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid (Medi-Cal), autorizo la publicación de información de salud para la administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o transportistas para el pago de una reclamación de medicare o a la Agencia de estadísticas adecuada para el pago de una reclamación de medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, la historia y registros físicos, de emergencias, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso, informes psicológicos o psiquiátricos, consulta y descarga de resumen.
- Leyes federales y estatales podrán permitir esta facilidad para participar en organizaciones con otros proveedores de salud, aseguradores y otros participantes de la industria del cuidado médico y sus subcontratistas en orden para estas personas y entidades compartir mi información de salud cumplir con objetivos que pueden incluir, sin limitarse a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi expediente de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a mi información; agregación y contrastar mi información con fines de mejora de calidad; y los demás propósitos que puede ser permitida por la ley. Entiendo que este mecanismo puede ser un miembro de uno o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información acerca de las condiciones de discapacidad, información genética, las condiciones de dependencia de productos químicos, tabaco o enfermedades infecciosas incluyendo pero no limitado a, enfermedades transmitidas por sangre como VIH y el SIDA.

Revelaciones a amigos o miembros de la familia

¿Desea designar a un miembro de la familia u otra persona con quien el proveedor puede discutir su condición médica?

¿En caso afirmativo, cuales?

Doy mi permiso para que mi información de salud protegida a revelarse para los propósitos de comunicar resultados, conclusiones y decisiones sobre la atención a la familia miembro(s) o a otro(s) a continuación:

Nombre	Relación	Número de contacto

Paciente puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación deberá ser por escrito.

____ (INICIALES DE PACIENTE) **Responsabilidad Financiera:**

Entiendo que facturación seguros es un servicio proporcionado como cortesía y que yo soy en todo momento financieramente responsable para Flaherty and Florek Foot Care, Inc (se puede referir a la práctica) para cualquiera de los cargos no cubiertos por mis beneficios de atención médica. es mi responsabilidad notificar a la práctica si cualquiera cambia en mi cobertura de salud. En la mayoría de los casos beneficios seguros exactas no pueden determinarse mediante florek o mi asegurador médico si las reclamaciones presentadas o alguna parte de ellos se niega el pago. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando responsabilidad financiera como se explicó anteriormente para servicios médicos y suministros recibidos.

____ (INICIALES DE PACIENTE) **Asignación de Beneficios**

autorizo el pago directo de todos los beneficios de seguros, incluyendo medicare si soy beneficiario de Medicare, para Flaherty and Florek Foot Care por todos los servicios médicos cubiertos y suministros proporcionados a mí durante todos los cursos de tratamiento y la atención proporcionada por la práctica, que autoriza y permite para el pago directo a Flaherty and Florek Foot Care de todos los beneficios seguros aplicables y elegibles para todos los tratamientos posteriores y continuos , servicios, suministros y/o asistencia médica prestados a mí por la práctica.

____ (INICIALES DE PACIENTE) **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Reconozco que me ha dado Flaherty and Florek Foot Care aviso de prácticas de privacidad.Reconozco si tengo preguntas que debo contactar al funcionario de privacidad.

____ (INICIALES DE PACIENTE) **Renuncia a Seguro**

Reconozco que Flaherty and Florek Foot Care no acepta todos los planes de seguros.Entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios o suministros recibidos en caso de que mi seguro no es aceptado por la práctica. Entiendo que la lista de planes de seguro aceptados no por Flaherty and Florek Foot Care abajo no es una lista completa y es mi responsabilidad para mi plan de seguro es aceptado por la práctica, que todas las autorizaciones anteriores se obtienen (si se requieren autorizaciones previas por mi plan de seguro médico). Si tengo preguntas sobre mi plan de seguro y cobertura, entiendo que debo contactar directamente mi plan

Flaherty and Florek Foot Care NO acepta los planes de seguro siguientes:

- Sante
- Independent Medical Group (IMG)
- Medicaid (Medi-cal)
- Coastal Community (Anthem Blue Cross)
- Pathways (Anthem Blue Cross)

_____ (INICIALES DE PACIENTE) **Mensajes electrónicos/ correo electrónico/ uso de teléfono celular**

Pacientes en nuestra práctica pueden contactarse vía correo electrónico o mensajería para recordarle de una cita, para obtener retroalimentación sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y recordatorios de servicios generales de salud / información.

- _____ (INICIALES DE PACIENTE) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la práctica en mi teléfono celular y cualquier número reenviados o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras / comentarios / información de salud a menos que soliciten cambiar por escrito, en persona o por teléfono (ver la sección revocación). Entiendo que tengo la oportunidad de " retractarse" de mensaje de texto futuros, que también significa que ya no recibirán recordatorios de la cita de la práctica. La petición de " retractarse" de mensajes de texto futuro se aceptarán inmediatamente.
- _____ (INICIALES DE PACIENTE) llamadas y mensajes al número de teléfono celular se harán de la práctica o autorización a representante facturación (Accelerated Medical Billing) para hablar de facturación / seguros / beneficiarios / cuentas.
- _____ (INICIALES DE PACIENTE) La práctica no cobra por los servicios de mensajería electrónicos, pero tarifas de mensajería de texto estándar se aplican conforme a lo dispuesto en su plan. Contacta con tu operadora para planes y detalles de los precios.

El número de teléfono celular que autorizo para recibir texto masajes para recordatorios de citas y la información general se enumera a continuación.

El código de área: _____ **Número de teléfono:** _____

El correo electrónico Autorizo recibir mensajes de correo electrónico para recordarle sus citas y recordatorios de salud / feedback / información general se indican a continuación (por favor escriba claramente , gracias) :

_____ (INICIALES DE PACIENTE) **Fotografía y grabaciones:** Doy mi consentimiento para grabaciones digitales (incluyendo sonografía / PADnet) o imágenes de mí para las operaciones de las prácticas profesional de la salud (ejemplo, mejora, mediciones). Entiendo que la práctica retiene los derechos de propiedad a las imágenes o grabaciones. Podrán solicitar acceso a, o copias de las imágenes o grabaciones serán almacenadas y protegidas con seguridad. Imágenes o grabaciones en las que me identifiqué no serán publicadas o utilizadas sin una específica autorización por escrito de mí o mi representante legal a menos que sea para tratamiento, pago o para propósitos de operación salud permitido o requerido por la ley.

_____ (INICIALES DE PACIENTE) **Prescripción.:** Puede haber ocasiones cuando se necesita un miembro familiar o amigo a recoger un pedido de prescripción de la práctica. A fin de que suelte una receta para tu familia o amigo, necesitamos contar con un registro de su nombre. antes de la publicación de la secuencia de comandos, su representante deberá presentar una identificación válida con fotografía y firma para la prescripción.

Deseo designar a la persona siguiente listada abajo para recoger un pedido de prescripción en mi favor;

Nombre	Relación	Número de contacto

Consentimiento del paciente; Consentimiento a lo siguiente:

- Administración y funcionamiento de todo el tratamiento.
- Administración de cualquier anestésicos necesarios
- Funcionamiento de tales procedimientos como considere necesario o conveniente en el tratamiento
- Uso de prescribir medicación o el abstenerse del uso de medicamentos o de un determinado tiempo o duración
- Rendimiento o procedimientos diagnósticos o pruebas

_____ (INICIALES DE PACIENTE) Entiendo perfectamente que este aviso se da antes de cualquier diagnóstico específico o tratamiento. Tengo la intención de este consentimiento para continuar en la naturaleza incluso después de que se ha realizado un diagnóstico específico y tratamiento recomendado. esta autorización permanecerá en vigor hasta revocada por escrito. una fotocopia o imagen escaneada de este consentimiento se considerará tan válida como la original. Certifico que he leído y entiendo que por encima de declaraciones completamente y consentimiento voluntariamente a su contenido.

HIPAA reconocimiento y consentimiento:

_____ (INICIALES DE PACIENTE) Reconozco que he recibido aviso de la práctica de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mis operaciones de cuidado de la salud y otros descritos y permitidos y revelaciones. Entiendo que puedo contactar con el oficial de privacidad designado en el aviso si tengo alguna duda o queja. en la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el aviso de la práctica de prácticas de privacidad.