

Documento y Política de Reconocimiento

Este paquete ha sido diseñado para darle información más detallada acerca de los documentos y políticas que se hace referencia en el Formulario de Reconocimiento de documentos. Al firmar el Formulario de Reconocimiento del documento, que ha accedido a las políticas y la información que figuran a continuación.

Asignación de Beneficios

Solicito que el pago de las prestaciones de seguros autorizadas, incluyendo Medicare, si soy un beneficiario de Medicare, se hagan en mi nombre a Cornerstone Family Healthcare (CFH) por los servicios médicos prestados a mí por esa organización.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados con la organización, la asistencia sanitaria de Financiación Administración, mi compañía de seguros o otra entidad médica. Una copia de esta autorización será enviada a la asistencia sanitaria de financiación administración, mi compañía de seguros o otra entidad si así lo solicita. El original se guardará en el archivo de la organización.

Entiendo que soy financieramente responsable de la organización de todos los gastos no cubiertos por mis beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de salud. En algunos casos, los beneficios del seguro exactas no se puede determinar hasta que la compañía de seguros recibe la reclamación. Yo soy responsable de todo el proyecto de ley o saldo de la cuenta según lo determinado por la organización y/o mí seguro de enfermedad si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellos se les niega el pago. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente para todo el pago de los productos recibidos.

Aviso de prácticas de privacidad y HIPAA Reconocimiento

Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal (PHI) de acuerdo con las leyes federales y estatales, incluyendo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). El Aviso de Prácticas de Privacidad establece:

- Nuestra obligación bajo la ley con respecto a su información de salud personal
- Cómo podemos utilizar y divulgar la información de salud que mantenemos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud
- Nuestros derechos para cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad
- Cómo presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados
- Prevención de robo de identidad y el cumplimiento de Bandera Roja
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones tal como se describe en este aviso
- La persona de contacto para más información sobre nuestras prácticas de privacidad

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y para obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Usted puede solicitar, por escrito, cómo CFH puede usar o revelar su información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. CFH no está obligado a estar de acuerdo con su petición. Sin embargo, si CFH está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con tales restricciones.

Consentimiento para fotografía para Historia Clínica Electrónica

He dado su consentimiento para que mi (o mi hijo) Fotografía tomada por CFH. Entiendo que la fotografía se guardará en mí (o la de mi hijo) registro electrónico de salud a los efectos de que me identificaba como paciente y para ayudar a prevenir el robo de identidad. Fotografías de los niños se actualizarán en cada visita del niño sano. Entiendo que esta autorización es voluntaria y ninguno de mis derechos de confidencialidad o privacidad no se aplica a mi consentimiento.