

URGENTE



Formulario de Información y Autorización del Cliente

Fecha:

Cliente habitual Nuevo cliente

Motivo de la visita: Mastectomía: (Fecha de la cirugía): _____ Compresión
 Maternidad (fecha prevista de parto: _____) Otro:

¿Actualmente reside en Residencia de mayores Centro de cuidados especializados Cuidados paliativos: Sí NO si es así, ¿por qué motivo?: _____

Médico, PA o NP que le atiende actualmente:

Nombre: _____ Últimos 4 dígitos del Nº de SS _____

Dirección: _____

Ciudad, provincia y código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Móvil/Fijo (marque uno) Teléfono: _____ Móvil/Fijo/Otro

Correo electrónico: _____

***Por favor, tenga su documento de identidad y tarjeta(s) de seguro a mano para que podamos hacer una copia actualizada.**

¿Sigue trabajando usted o su cónyuge si tiene más de 65 años? _____

Autorización para facturación de seguro y responsabilidad del paciente sobre los cargos FIRME INICIALES

1. Por la presente autorizo a Women's Health Boutique a facilitar a mi compañía de seguros de salud, otros pagadores terceros o sus agentes designados, toda la información que la entidad mencionada solicite en relación con el tratamiento del paciente arriba indicado.
2. Entiendo que, independientemente de la cobertura de seguro verificada, si mis primas no se pagan, mi deducible no está cubierto, mi seguro rechaza cargos o determina que son responsabilidad del paciente, yo asumo la totalidad de los costes por los servicios prestados al paciente arriba indicado y es mi obligación abonar el pago a Women's Health Boutique.

Ley de privacidad HIPAA

La normativa de privacidad exige que contemos con una autorización firmada por nuestros pacientes para poder comunicarnos con familiares, amigos y otras personas sobre su tratamiento médico e información financiera. Cada persona que desee autorizar como contacto debe figurar individualmente por nombre (incluyendo cónyuge o pareja). Por favor, escriba en letra clara el nombre y la relación de cada persona autorizada a recibir su información médica confidencial, saldos de cuentas o recoger sus productos.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Liberación de Historial Médico

Para: Todos mis profesionales sanitarios responsables de mi tratamiento

Yo, _____ solicito que cualquier historial médico necesario relacionado con reclamaciones en Women's Health Boutique sea enviado por fax a _____ o remitido por correo a la dirección indicada en la portada. Yo, como cliente, comprendo que mi información médica solo se utilizará para tratamiento, pagos u operaciones sanitarias. Asimismo, entiendo que mi información médica también podrá ser compartida con otros profesionales de la salud para dichos fines y exclusivamente relacionados conmigo.

Este formulario tendrá validez durante 7 años a partir de la fecha de la firma, salvo que el paciente revoque esta autorización por escrito.

Firma del cliente

Fecha

IMPORTANTE: SI NO INCLUYE A NADIE EN LA AUTORIZACIÓN HIPAA, SOLO PODREMOS HABLAR CON USTED SOBRE SU CUENTA.