

WOMENS HEALTH BOUTIQUE

Liberación de HIPAA, Liberación de facturación y solicitud de registros médicos

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Derecho de Privacidad (HIPPA)

Las regulaciones de privacidad requieren que tengamos una autorización firmada por nuestros pacientes, para que podamos hablar con sus familiares, amigos o' médicos con respecto a su tratamiento e información financiera. Cada persona que desee que se considere un contacto debe anotarlo individualmente por su nombre (incluido un cónyuge o una pareja).

Escriba en molde el nombre y la relación de cada persona autoriza a divulgar su información de atención privada médica y los saldos de sus cuentas.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Apruebo las comunicaciones sobre mis pedidos y citas mediante: _____ Mensaje de texto _____ correo electrónico

Liberación de facturación del seguro y responsabilidad de los cargos del paciente

1. Por la presente, autorizo a Women's Health Boutique a proporcionar a mi aseguranza médica, y a otros terceros pagadores o a sus agentes designados toda la información que la entidad mencionada anteriormente pueda solicitar con respecto al tratamiento del paciente mencionado anteriormente.
2. Entiendo que, aunque este verificada mi aseguranza, en caso de que no esté pagado mis primas, no se cumpla mi deducible o mi compañía de seguros niegue los cargos, es mi responsabilidad financiera realizar el pago a Women's Health Boutique.
3. _____ Yo entiendo que, independientemente de la cobertura de seguro verificada, en caso de que no se paguen mis primas, o mi compañía de seguros determine que los cargos son responsabilidad del paciente, soy responsable de todos los honorarios por los servicios prestados al paciente anterior.

Liberación de registros médicos

Para: Todos mis proveedores de tratamiento de atención médica

Yo _____ solicito que todos los registros médicos necesarios relacionados con las reclamaciones en Women's Health Boutique se envíen por fax a _____ o se enviará por correo a la ubicación apropiada en la portada. Yo, el cliente, entiendo que mi información de atención médica debe usarse solo para tratamiento, pago o para operaciones de atención médica. Yo (el cliente) también entiendo que mi información de atención médica también puede ser divulgada a otros proveedores de atención médica con fines de tratamiento, pago o para operaciones de atención médica que me conciernen específicamente. Este formulario vence a los 7 años de la fecha de firma, a menos que el paciente revoque por escrito esta autorización.

Firma del cliente

Fecha