

Northern Illinois Vein Clinic

Nombre del paciente: _____

Fecha de cumpleaños: _____ Numero de MRN: _____

Divulgación de información médica relacionada con el pago de reclamaciones

Acepto y solicito que Sycamore IL GILVYDIS VEIN CLINIC proporcione a mi compañía de seguros o a un tercero pagador la siguiente información específica contenida en mis registros médicos para su revisión, examen y/o copia: reclamo de seguro y documentos relacionados con servicios con cargo, que pueden incluir notas de gráficos, resultados de pruebas adicionales y procedimientos.

El propósito de esta divulgación es que mi compañía de seguros u otro tercero pagador comprenda el pago de mis servicios médicos.

que la información provista bajo esta publicación puede incluir salud mental, trastornos del desarrollo, alcohol/drogas

abuso y/u otra información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH). Entiendo que el mandato permite lo mencionado

la información debe publicarse oralmente utilizando copias de registros médicos.

Entiendo que negarme a firmar esta publicación resultará en que no se proporcione la información (excepto según lo exija la ley), mi prohibición

el pagador de la empresa o de un tercero no puede ser gravado. En ese caso, seré financieramente responsable de todas las tarifas.

Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma a continuación. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento. Cualquier revocación debe ser por escrito, firmada por mí, y mi firma debe ser verificada por alguien que pueda verificar mi identidad. Ninguna revocación por escrito del consentimiento será válida para evitar la divulgación de registros y avisos hasta que GILVYDIS VEIN CLINIC los reciba, y ninguna otra revocación será válida en la medida en que GILVYDIS VEIN CLINIC ya haya tomado medidas y se haya basado en ella.

Otorgamiento de beneficios

Pago a GILVYDIS VEIN CLINIC por los servicios descritos. Entiendo esto: soy financieramente responsable de cualquier impuesto pendiente y cualquier costo incurrido o relacionado con la recaudación de dichos impuestos. Incluyendo, entre otros, honorarios razonables de agencias de cobro que no excedan el 50 % del monto principal, honorarios de abogados y costos de litigio.

Aviso de Privacidad

___ Recibí un aviso de privacidad de Gilvydis Vein Clinic

___ Gilvydis Vein Clinic me ha ofrecido un aviso de privacidad y me niego a aceptarlo.

(Firma) Nombre del paciente

(Firma) Padre/tutor legal

(Firma) Testigo

(Imprimir) Nombre del paciente

(Letra de imprenta) Padre/tutor legal

(Imprimir) Testigo