



Autorización y consentimiento del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Me presento para recibir tratamiento en Kennedy Health Alliance (KHA). Autorizo de forma voluntaria la prestación de dicha atención, incluidos los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico por parte de los empleados y el personal médico de KHA que, a su juicio profesional, sean necesarios o beneficiosos. Entiendo que este consentimiento se aplica a esta y a todas las visitas posteriores como paciente relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de mi(s) afección(es) médica(s).

Acepto que mi médico puede verificar mi historial externo de medicamentos a su criterio.

Por la presente, autorizo el pago directo a KHA de los beneficios que surgen de la(s) cobertura(s) de seguro que he identificado y que puedan ser pagaderos a mí pero sin exceder el cargo regular por todos los servicios prestados. Solicito que se realice en mi nombre el pago de todo beneficio autorizado. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos o autorizo a dicho médico o a KHA a presentar reclamos a la aseguradora para el pago.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados en virtud de esta asignación. Además, entiendo que mi médico no puede conocer todos los términos de mi seguro y que si mi seguro rechaza el pago por cualquier motivo, soy responsable del pago de todos los cargos rechazados. Entiendo y acepto que en caso de que no realice el pago por el servicio que se me ha prestado, mi información de identificación será entregada a una agencia de cobro y/o un abogado y seré responsable de todos los costos asociados con la recaudación del pago, incluidos, entre otros, los honorarios del abogado, los costos del tribunal y los honorarios de la agencia de cobro.

El abajo firmante acepta, ya sea que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, por la presente se obliga individualmente a pagar en fecha la cuenta de KHA en su totalidad previa presentación de cualquier porción denegada o no cubierta por la compañía de seguros del paciente. Los créditos provisionales están sujetos a su cobranza por parte de KHA.

Autorizo a KHA, junto con los servicios de facturación y/o su agencia de cobro o abogado que pueda trabajar a su nombre, a que se comuniquen conmigo a mi teléfono celular y/o al teléfono de mi hogar mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos de marcado telefónico automático u otro tipo de tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto u otras formas de comunicación electrónica.

Certifico que la información que he brindado es correcta.

Certifico que se me han proporcionado las pautas de confidencialidad de la HIPAA en relación con KHA y sus médicos. Entiendo que puedo recibir copias adicionales en cualquier momento, previa solicitud. Entiendo que el personal está disponible para responder cualquier pregunta con respecto a las pautas de la HIPAA.

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende lo anterior y que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus términos.

Firma del paciente/madre/padre/tutor

Fecha

El paciente es incapaz de dar su consentimiento porque:
