

Autorizacion para Divulgar Informacion, Pagar Beneficios a la MSPB y Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente autorizo a los Especialistas Medicos de Palm Beaches, Inc. (MSPB) y a sus empleados y agentes a divulgar mis registros medicos que documenten mi examen y tratamiento, incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA, informacion, psiquiatrico o de abuso de sustancias, previa solicitud valida.

Por la presente asigno el pago directamente a los Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc. por cualquier procedimiento medico / quirurgico realizado.

Estoy de acuerdo que esta autorizacion sera valida hasta que sea rescindida por escrito o reemplazada por una fecha posterior. Acepto ser financieramente responsable ante Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc por todos los cargos si no tengo Seguro o si mi Seguro es rechazado, y por cualquier saldo o tarifa que no cubra mi Seguro y / o que se determine que es mi responsabilidad.

Entiendo y reconozco que si Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc. presenta mi reclamo de Seguro, yo seguire siendo responsable de la cuenta y se espera que pague cualquier monto adeudado si mi Seguro no paga el reclamo dentro de los 45 dias. Reconozco que cualquier monto cotizado como mis "costos de bolsillo" es solo una estimacion y que la determinacion exacta de mi responsabilidad financiera se hara despues de que mi compania de seguros procese el reclamo.

El pago se espera en el momento del servicio. Los metodos de pago aceptados incluyen cheque, efectivo y tarjeta de credito.

Ademas, acepto pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables de los abogados a la tasa de interes legal en la cuenta hasta que se pague en su totalidad, y acepto renunciar a todos los derechos de exencion bajo la Constitucion y las leyes del estado de Florida.

Por la presente solicito y autorizo a todos los medicos, enfermeras, tecnicos o personal medico adiliado, hospitalales e instalaciones de atencion medica a proporcionar todos los registros e informes, incluidas radiografias, copias fotostaticas y resúmenes o extractos de todos los registros, y cualquier otra informacion relacionada con a cualquier hospitalizacion, examen, tratamiento, prueba u opinion sobre cualquier condicion por la que estoy siendo tratado actualmente, incluidas las pruebas relacionadas con el SIDA, informacion psiquiatrico o de abuso de sustancias.

Una copia de esta autorizacion sera tan valida como el original de este documento.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO