



Nombre del Pt.: _____ FDN: _____ N°SS: _____ (o pegue etiqueta)
--

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Reconocimiento de la recepción del Aviso de Normas de Privacidad

Por medio de este documento reconozco que he recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Durham y entiendo que puedo comunicarme con la persona que se menciona en tal documento si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

Consentimiento para tratamiento

Por medio de este documento certifico que, en caso de que se necesite tratamiento médico, el personal médico del Departamento de Salud del Condado de Durham y/u otro proveedor me explicará tal tratamiento en su totalidad y de manera que yo quede satisfecho con la explicación; por lo tanto, consiento que el personal médico y de atención médica del Departamento de Salud del Condado de Durham me haga dicho tratamiento.

Información sobre seguro y pago

Por medio de este documento autorizo y solicito que los pagos de Medicaid, Medicare y todo otro beneficio proveniente de terceras partes al cual yo tenga derecho sean enviados directamente al Departamento de Salud del Condado de Durham por los servicios que me hayan prestado los proveedores, empleados o personal contratado por tal establecimiento. Por medio de este documento certifico que la información que he suministrado sobre mis ingresos es verdadera y completa y que no tengo ingresos fuera de los que he indicado. Entiendo que soy responsable por cargos no cubiertos por esta asignación o por cantidades que queden específicamente excluidas de la cobertura de Medicare, Medicaid o la aseguradora privada que se indica abajo.

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Parte B de Medicare |
| <input type="checkbox"/> NC Health Choice | <input type="checkbox"/> Otra aseguradora |

Nombre del beneficiario _____

Número de identificación o póliza _____

Para cobertura de terceras partes:

Nombre del titular de la póliza _____

Número de grupo _____

Dirección postal para enviar las reclamaciones _____

Mi firma indica que estoy de acuerdo con los artículos junto a los cuales he puesto mis iniciales.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

Fecha _____