

DATE STAMP



AUTORIZACIÓN

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:

Si usted o su dependiente necesita servicio médico, dental, planificación familiar o de hospital en el Estado de Nueva York, tiene que dar su autorización. Este formulario de autorización nos permitirá proveerles los servicios que puedan necesitar. En caso de emergencia la autorización no es necesaria.

Yo autorizo al personal médico/dental/planificación familiar de Finger Lakes Migrant Health Care Project, Inc., a proveer asistencia a mí o a mi dependiente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Yo autorizo a Finger Lakes Migrant Health Care Project, Inc., someter reclamos a nombre mío a mi seguro médico/dental por servicios prestados a mí o mi dependiente. Una copia de esta autorización puede ser utilizada como firma para asignar beneficios. Entiendo que soy económicamente responsable por la cuenta total sea o no cubierta por mi seguro. Cualquier copago de su seguro médico es requerido a la hora de la cita.

Entiendo que, si elijo no asignar pago a la agencia arriba mencionada por medio del cambio del Médico de Cabecera, (PCP) yo seré responsable por el costo total a la hora de la visita.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN:

Yo autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo sometido de mi parte, o de parte de mi dependiente por Finger Lakes Migrant Health Care Project, Inc., Una copia de esta autorización puede ser utilizada en lugar de la original.

Yo autorizo que Finger Lakes Migrant Health Care Project, Inc. comunique información sobre mi cuenta pendiente, en mi ausencia con _____ cuyo teléfono es _____

ACUSO RECIBO DE INFORMACIÓN DE PRÁCTICAS DE SALUD:

Acepto que he recibido una copia de la Información de Prácticas de Salud de Finger Lakes Migrant Health Care Project, Inc., en la fecha anotada abajo.

POLITICA SOBRE EL DESPIDO:

Yo entiendo que puedo ser despedido del servicio médico/dental/planificación familiar en cualquiera de las clínicas de Finger Lakes Migrant Health Care Project, Inc., por la falta continua a citas, comportamiento abusivo, el rechazo continuo a seguir indicación médica, el no pagar por servicios recibidos, y la conducta abusiva bajo influencia de drogas o alcohol.

Escriba el Nombre y Apellido del Paciente con letra de molde

Firma de Paciente (si el paciente es menor de edad el padre/madre/o tutor debe de firmar)

Fecha _____