

St. Mary's Physician Associates

REGISTRADA DE PRÁCTICA

FINANCIERO: El abajo firmante autoriza la liberación de cualquier y toda información o documentación a todas las partes relacionadas con la obtención de beneficios de mi seguro para las reclamaciones presentadas en nombre de mí y / o dependientes. Yo más expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico y todas las partes necesarias para presentar solicitudes para obtener beneficios por los servicios prestados sin obtener mi firma en cada reclamación presentada por mí y / o dependientes. Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar y por este medio asignar beneficios directamente a Physician Associates de St. Mary, LLC. Además reconozco que cualquier beneficio de seguros, cuando recibidos y pagados, serán acreditados a mi cuenta, de conformidad con la asignación de mi compañía de seguros. Los cargos pendientes son mi responsabilidad, de conformidad con los acuerdos contractuales con mi seguro y cuando rige por las leyes estatales / federales. El pago total se debe en el momento de la entrega del servicio a menos que otros arreglos se han hecho o lo manda la ley. Yo entiendo que tengo el deber primario y la obligación de pagar mi médico para el / ella los servicios, sin perjuicio de cualquier contrato que pueda tener con cualquier tercero pagador (es decir, compañía de seguros, empleador, etc.). Entiendo que, como beneficiario de la asistencia médica que suscribe, soy responsable de todos los cargos, independientemente de mis circunstancias de reembolso.

HIPAA DIVULGACIÓN: Al firmar abajo, entiendo que Physician Associates de St. Mary no deberán publicar o disposición general cualquier información médica personal protegida o de datos que identifica a un paciente con fines distintos al tratamiento, pago u otras operaciones de cuidado de la salud sin su / su autorización por escrito. Yo entiendo que esto no restringe el uso interno de tales datos o información que se requiere en el rendimiento del alcance del trabajo que esta oficina se ha encargado la ejecución de los pacientes. Entiendo que esta oficina mantiene medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger la información médica personal. Como paciente de Physician Associates de St. Mary, yo entiendo ACUERDO que tengo el derecho de solicitar protecciones especiales de privacidad. Tengo derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgación de mi información de salud, por solicitud por escrito especificando qué tipo de información que desea limitar y qué limitaciones en el uso o divulgación de la información que me gustaría haber impuesto. Por la presente reconozco que el Aviso de prácticas de privacidad estas prácticas médicas 'se han puesto a mi disposición. Además reconozco que una copia del presente aviso se ha escrito en la zona de recepción, y que me ofrecerá una copia de este aviso.

Firma del paciente o de la persona responsable	si la persona firmando no es el paciente, indique relacion	Fecha
--	--	-------