



Hackensack
Meridian *Health*
Medical Group

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:

Reconozco que he elegido en mi nombre o en representación de mi dependiente recibir servicios médicos que podrían o no estar cubiertos por mi plan de salud por múltiples motivos.

Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable, y en consecuencia, pagaré todos los servicios que se me presten a mi o mi dependiente que mi plan de salud no pague o que no estén contractualmente regulados por mi seguro, en su totalidad o en parte, por cualquier tipo de motivo.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para procesar mis reclamos de seguro y de toda la información relacionada con mi atención médica. Esta autorización de divulgación permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta autorización de divulgación tendrá la misma validez que el original.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos beneficios médicos importantes, a los que tengo derecho, incluso Medicare, BCBS, planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud y seguro comercial a (insertar nombre del consultorio). Esta asignación permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Por el presente, autorizo al consultorio antes mencionado a revelar información para garantizar pagos en mi representación.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. He leído esta información y la he entendido.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Firma: _____

Firma del padre o tutor (en caso de que el paciente sea un menor):

Fecha: _____