

GENERAL CONSENT

Yo, _____, por la presente consiento en tratamiento médico y procedimientos de diagnóstico por Covina Arthritis Clinic/ Samy Metyas MD Inc. y personal.

Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y muchas involucran pruebas de proveedores y / o procedimientos menores. Entiendo que puedo suspender los servicios en cualquier momento.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Paciente o Tutor Legal

Fecha

POLITICA SOBRE RECLAMOS DE SEGURO, FACTURACION, AUTHORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Como cortesía, intentamos verificar con su seguro qué beneficios están cubiertos y los copagos antes de prestar los servicios.

A veces, la información que nos brinda su compañía de seguros no es precisa. Podemos recibir una explicación de los beneficios después de la visita al tour que puede cambiar su copago o hacerle financieramente responsable de la visita en su totalidad. La información proporcionada por su seguro nunca es una garantía de pago por parte de ellos.

Después de su visita, no podremos cambiar los códigos de diagnóstico o procedimientos una vez que se haya presentado un reclamo, a menos que se haya producido un error.

Su seguro será facturado puntualmente. Los pagos generalmente se reciben de la mayoría de las compañías de seguros dentro de los 30 días. Una vez que se haya recibido y aplicado el pago de su seguro a su cuenta, se le enviará un estado de cuenta de mi oficina por cualquier saldo pendiente / porción de paciente. Se espera un pronto pago. La cuenta morosa se enviará a una agencia de cobro y se informará a las agencias de crédito.

Yo, _____, he leído la política anterior y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados.

Firma

Fecha

Permiso para Divulgación Verbal

Yo, el abajo firmante, autorizo a **Covina Arthritis Clinic**. "para revelar verbalmente mi información de salud protegida a las siguientes personas o entidades." Entiendo que este permiso solo se aplica a la comunicación verbal para incluir, entre otros, la discusión de mis planes de tratamiento, medicamentos, resultados de pruebas y procedimientos futuros.

Además, entiendo la divulgación de copias de mis registros u otras formas escritas si mi información de salud protegida requerirá mi autorización escrita para cada episodio de publicación. Este permiso se convertirá en una parte permanente de mis registros médicos.

Nombre/Relación _____ # de Teléfono: _____

Nombre/Relación _____ # de Teléfono: _____

Nombre/Relación _____ # de Teléfono: _____

Permiso Para Dejar un Mensaje:

de Casa: _____ # de Trabajo: _____

Mobile: _____ Correo Electrónico: _____

Firma

Fecha

RECIBO DE AVISO O PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD / FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

Yo, _____ ha recibido una copia de **Covina Arthritis Clinic's** aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma

Fecha

GRABACIÓN DE VISITA DE OFICINA:

Aunque existen beneficios potenciales de usar dispositivos electrónicos para evitar que tome notas, también existen posibles inconvenientes de registro ya que socavan la privacidad de la visita. Saber que la conversación está grabada también plantea problemas espinosos: ¿cómo se protegerá el acceso a la grabación? **Dados estos inconvenientes, Covina Arthritis Clinic NO permite ninguna grabación electrónica para garantizar la confidencialidad del paciente.** Si se descubre que está grabando en secreto su visita en la oficina, se le pedirá que pare, ya que el estado de California requiere que **AMBAS** partes acuerden que la grabación sea legal.

Con el fin de ayudar a los pacientes a recordar el contexto de sus visitas médicas, Covina Arthritis brinda al paciente acceso a sus documentos de "**resumen clínico**" a través de nuestro **portal para pacientes**, que incluye una lista de medicamentos, recomendaciones de médicos y otra información resumida. Covina Arthritis también alienta a todos los pacientes a llevar papel y bolígrafo a cada visita para tomar notas que les ayuden a recordar información importante.