



HCASC

MSHC

BWR

MDDC

Da su consentimiento para recibir tratamiento médico: autorizo el personal de administración médica de Advanced Medical Management, (AMM) Multi-Specialty HealthCare, (MSHC) Harford County Ambulatory Surgery Center (HCASC) y Baltimore Work Rehab (BWR) (en lo sucesivo denominados AMM y afiliados) y miembros de su personal médico para representar al paciente cuyo nombre aparece en la atención de esta forma que consideren necesarias y apropiadas.

Autorización A la información de versión: autorizo AMM y afiliados a liberar, a través de la copia impresa o electrónica, mi diagnóstico y otra información médica a terceros identificados para determinar las prestaciones pagaderas; también liberar copias de cualquier otros informes médicos adquirir procedentes de otras fuentes, en relación con mi lesión actual. Tras su liberación el tercero enumerados a continuación, AMM no es responsable por el uso o la liberación de esta información de conformidad con la presente autorización. Esta autorización podrá ser revocada por usted en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a su Oficina de tramitación..

Asignación de beneficios: Autorizo pago directo a AMM y afiliados a algún seguro, lesiones personales u otras prestaciones lo contrario pagaderas al paciente o a mí.

Garantía de Pago: Estoy de acuerdo en pagar a AMM y Afiliados para cualquiera de los servicios prestados. Reconozco que si AMM y Afiliados me permiten demorar el pago en previsión de los reembolsos de terceros, incluso los fondos obtenidos de un asentamiento, la paciencia es una cortesía solamente, y la diferencia podrá ser retirada en cualquier momento con previo aviso a mí. Yo doy a AMM y Afiliados un poder para cobrar estas sumas en mi nombre. Si AMM y Afiliados no me ofrecen una demora en el pago de cortesía a continuación, entonces tengo entendido que el pago por mi por los servicios prestados son pagaderos en pleno en el momento de servicio. Si la demora en el pago de cortesía es ofrecido a mí, pero posteriormente se retiro, tengo entendido que el pago por mi para todos los servicios prestados será debido a la demanda por AMM o Afiliados. Además reconozco mi responsabilidad por cualquier deducible de seguro de salud, coaseguro o otra cantidad no pagada por una compañía de seguros o cualquier otro tercero por cualquier razón, debe abonarse a la demanda por AMM o Afiliados. Entiendo que AMM y Afiliados podrán suspender mi tratamiento si no se realiza el pago puntual de las sumas adeudadas por mi cuando así lo soliciten. Reconozco que un cargo por pago tardío por ciento (.5%) al mes, puede ser cargado a saldos pendientes después de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento del pago. En el caso de que la cuenta se refiere a colecciones, me comprometo a pagar todas las colecciones y los honorarios de su abogado a fin de recoger cualquier saldo Moroso.

Cargos de médico: entiendo además cualquier facturas que puedo recibir de relativos a gastos de instalación (HCASC); También me gustaría recibir facturas en nombre de los médicos que participan en mi atención. Estos cargos médico no están incluidos en la facturas de HCASC.

Objetos personales: Los pacientes son alentados a dejar todo dinero y objetos de valor en casa. AMM y afiliados no será responsables de la pérdida o daño a cualquier propiedad personal traído a AMM y afiliados de anteojos, dentaduras y joyería.

Mensajes telefónicos: Con la firma de este documento, doy permiso a AMM y afiliados a dejar mensajes en cuanto a mis citas en mi contestador o con una persona responsable, respondiendo a mi teléfono eu mi casa.

Formas de seguro de ingreso suplementario: Comprendo y han recibido una copia de la AMM y afiliados forma de suplementario.

Derechos del paciente y responsabilidades / Aviso de prácticas de privacidad: Mis iniciales reconocen que estoy en la recepción de AMM y afiliados paciente derechos y responsabilidades y prácticas de aviso de privacidad. _____

CERTIFICO 1). ENTIENDO QUE EL CONTENIDO DE ESTA FORMA Y 2.) TODA la información dada a la AMM y afiliados, incluidos seguros información es precisa y correcta. UNA FOTOCOPIA DE ESTE ACUERDO SERÁ TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

Firma (Seal) **

fecha

Nombre del paciente (imprima)

testigo

autorizada a paciente

Relación de firma de la persona

Paciente de razón no se puede firmar (Marque uno): menor condición

** Firmado bajo el sello es una "especialidad", que requiere una causa de acción a ser presentada dentro de doce días después de que la causa de acción acumula.