



Place Qrcode Label Here

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:** Por la presente autorizo al personal de Advanced Medical Management, (AMM) Multi-Specialty HealthCare, (MSHC) Harford County Ambulatory Surgery Center (HCASC), Baltimore Work Rehab (BWR), MDCC HealthCare, MED LLC, Rx, y Multi-Specialty HealthCare MRI (en adelante como AMM y Afiliados) y los miembros de su personal médico (nuestro personal médico formado por médicos, quiroprácticos y asistentes médicos) que hacen al paciente cuyo nombre aparece en esta forma de atención que cualquiera de estas personas lo consideren necesario y apropiado.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / INFORMACIÓN DE ACCESO:** Por la presente autorizo a AMM y Afiliados de lanzar, a través de papel o electrónicamente, mi diagnóstico y otra información médica a los terceros identificados para determinar los beneficios por pagar; también para liberar copias de cualesquiera otros informes médicos que adquirimos de otras fuentes, en cuanto a mi lesión actual, así como todos los documentos médicos anteriores, conforme a lo solicitado. Tras la liberación de la tercera parte se enumeran a continuación, AMM y afiliados no se hace responsable del uso o de la divulgación de esta información en virtud de esta autorización. Entiendo que los proveedores de AMM y Afiliados podrán acceder a mi historial de medicamentos mediante el uso de la Health Information Exchange (HIE) y Prescription Drug Monitoring Program (PDMP). Con la excepción de los datos clínicos de sustancias controladas comunicados a la PDMP, esta autorización podrá ser revocada por usted en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a la oficina de su tratante.

**DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA FISCAL:** Los proveedores y el personal de la AMM y afiliados están muy preocupados por el costo de su atención médica. Atención considerable se ha tomado en el establecimiento de nuestros honorarios. Queremos asegurarles que nuestros cargos reflejan con precisión la complejidad de la atención prestada y la habilidad y experiencia de su cuidado. Nuestros honorarios son comparables con las tarifas de especialidades similares dentro de la zona metropolitana de Baltimore / Washington. Utilizamos muchas fuentes para determinar la idoneidad de nuestros honorarios. AMM y Afiliados presentará su reclamación a su compañía de seguros en su nombre; Sin embargo usted es responsable en última instancia por el servicio que recibe.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / GARANTÍA DE PAGO:** Por la presente autorizo el pago directo a AMM y afiliados de cualquier seguro, lesiones personales u otros beneficios de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Yo doy además un embargo preventivo en mi caso a AMM y afiliados contra cualquier y todos los ingresos de mi acuerdo, fallo o veredicto que pueden ser pagados a usted, mi abogado o yo mismo, como resultado de las lesiones me han tratado o lesiones relacionados allí dentro. Autorizo y dirijo mi abogado, a retener cualquier suma de cualquier acuerdo, fallo o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente AMM y Afiliados y pagar directamente a AMM y Afiliados por los servicios prestados a mí. Reconozco que, si AMM y Afiliados me permiten retrasar el pago a la espera de los reembolsos de terceros, incluyendo los fondos obtenidos de un acuerdo, tal indulgencia sólo es una cortesía, y como cortesía podrá ser retirada en cualquier momento mediante notificación a mí. Si AMM y Afiliados no me ofrecen una cortesía retraso en el pago, entonces entiendo que el pago por mí por los servicios prestados se pagará en su totalidad en el momento del servicio. Si una cortesía pago aplazado se ofrece a mí, pero posteriormente retiró, entonces entiendo que el pago por mí por todos los servicios prestados se hará debido a la demanda de los AMM o Afiliados Concedo AMM y Afiliados de un poder para cobrar estas sumas en mi nombre. Estoy de acuerdo en no volver a rescindir el presente documento y que una rescisión no será honrado por mi abogado. Por la presente instruyo que en el caso de que otro abogado está sustituido en la materia, el nuevo abogado respetará el derecho de retención como inherentes a la liquidación, juicio o veredicto y exigible en el caso como si fueron ejecutados por él. Estoy de acuerdo en notificar a AMM y Afiliados por escrito si cambio o Sustituto de mi abogado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los medicamentos una vez que salgo de la oficina, incluso si decido que no quiero que el medicamento, MED LLC, Rx no emitirá un reembolso por los medicamentos no utilizados o no deseados. Además reconozco mi responsabilidad por cualquier deducible de seguro de salud, coseguro, u otra cantidad no pagada por una compañía de seguros o cualquier otro tercero por cualquier razón, a pagar a la demanda por parte de AMM o Afiliados. Entiendo que AMM y afiliadas pueden discontinuar mi tratamiento si no se realiza el pago oportuno de cualquier suma adeudada por mí cuando se le solicite. Reconozco que un cargo de medio por ciento (0,5%) por mes se puede cobrar a los saldos pendientes de pago que quedan después de los treinta (30) días desde la fecha de pago se debe. En el caso de que la cuenta se refiere a las colecciones, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de cobranza y razonables de abogado requeridos para cobrar el saldo moroso. En el caso de que la cuenta se remita a cobros, acepto pagar todos los honorarios razonables de cobro y abogado requeridos para cobrar cualquier saldo moroso. En el caso de que cualquier compañía de seguros que esté obligada por ley o contrato a hacer el pago de mis servicios médicos se niegue a realizar tales pagos, en su totalidad o en parte, por la presente asigno AMM y afiliados mis derechos a cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier dicha compañía de seguros para llevar a cabo cualquier acción en mi nombre y para resolver o resolver cualquier acción como AMM y afiliados lo considere conveniente.

Place Qrcode Label Here

**SERVICIOS CON RECETA:** Como paciente, usted tiene la posibilidad de elegir entre obtener sus medicamentos aquí, en nuestra oficina o en una farmacia de su elección. Informe a su proveedor de su preferencia cuando se discuten los medicamentos durante su visita.

**AVISO INTERÉS BENEFICIOSO:** Durante el curso de su tratamiento en Multi-Specialty HealthCare es posible que necesite pruebas de diagnóstico para dar a su proveedor de información importante acerca de su tratamiento de la enfermedad / lesión. Posteriormente, se pueden requerir tratamiento adicional o cirugía. Contamos con instalaciones para ofrecer algunos de estos servicios adicionales. Usted puede optar por que los servicios realizados en nuestros centros o en cualquier lugar que te gusta. Por favor, tenga en cuenta que el Dr. Constantino Misoul y el Dr. Lawrence Rubin tienen un interés o compensación beneficiosos acuerdos con Multi-Specialty HealthCare MRI, MED LLC, Harford County Ambulatory Surgery Center y Baltimore Work Rehab.

**CARGOS MÉDICO / INSTALACIONES:** Entiendo que, además de las facturas pueda recibir relativas a honorarios profesionales de medico; También voy a recibir una factura instalación separada.

**OBTENER COPIAS DE MRI:** En caso de que tenga que obtener una copia de su MRI, por favor llame a la instalación donde se preformados la resonancia magnética. Por favor, espere 48 horas para que la copia que se produce.

**VALORES PERSONALES:** Se anima a los pacientes a dejar todo el dinero y objetos de valor en casa. AMM y afiliados no serán responsables por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal traído a AMM y Afiliados incluye gafas, dentaduras y joyas.

**MENSAJES TELEFÓNICOS:** Al firmar este documento, me dan permiso a AMM y Afiliados para dejar mensajes con respecto a mis citas en el contestador automático o con una persona encargada de contestar mi teléfono de casa.

**COMPLEMENTARIOS FORMAS DE SEGUROS INGRESOS:** Durante el tiempo de su discapacidad, pueden tener formas de seguro que usted nos necesita para completar, con el fin de obtener ciertos facturas pagadas. Estos proyectos de ley podrían incluir el pago de la hipoteca, pago del auto, tarjetas de crédito, etc. Como una cortesía a usted, nuestro paciente, que estará encantado de completar estos formularios para usted. Vamos a llenar la primera de estas formas, sin costo para usted. Después de la primera forma, habrá un costo de \$ 10.00 por la forma, que es su responsabilidad, pagar con tarjeta de crédito. Usted debe completar la mayor cantidad de la forma que puedas, y nos permiten cinco (5) días hábiles para completar. Nosotros le llamaremos cuando el formulario está listo y puede dejarlo en la oficina para recoger el formulario completo. Si desea que el formulario enviado por correo a usted, usted debe proporcionarnos un auto -dirigidas sobre franqueado. Vamos a devolver el formulario para que tan pronto como se haya completado.

**DERECHOS DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDADES / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que estoy en la recepción de AMM y Afiliados Paciente Derechos y Responsabilidades y Aviso de Prácticas de Privacidad.

**CITAS PROGRAMADAS:** Por favor, haga todo lo posible para llegar a tiempo a sus citas programadas. Si usted debe llegar tarde a su cita, haremos todo lo posible para verte, pero nuestro personal a atender a los pacientes que llegan a tiempo, antes de que el cuidado de usted.

CERTIFICO QUE 1.) ENTIENDO EL CONTENIDO DE ESTE FORMULARIO Y 2.) TODA LA INFORMACIÓN DADO A AMM Y AFILIADOS INCLUSIVE DE INFORMACIÓN DEL SEGURO ES EXACTA Y CORRECTA. UNA FOTOCOPIA DE ESTE ACUERDO tendrá la misma validez que el original.

\_\_\_\_\_  
Firma (sello) \*\* Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta) Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada Relación de la persona con el paciente

Motivo paciente no puede firmar (marque uno): Menores  Estado

\*\* Firmado bajo SEAL es una "especialidad", que requiere una causa de acción se presentará dentro de los doce años después de la causa de la acción.

Revised: 10.10.19

<P:\Corporate\Forms\New Patient Forms\Pg. 3 CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT Combo Form revised 4.6.15.docx>