

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



Consentimiento general para el cuidado y consentimiento de tratamiento

Para el paciente: usted tiene el derecho, como un paciente, a ser informado acerca de su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado a utilizar de modo que usted puede tomar la decisión o no de someterse a cualquier sugirió tratamiento o procedimiento después de conocer los riesgos y peligros. En este punto en su atención, ningún plan de tratamiento específico se ha recomendado. Este consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento apropiado o procedimiento de cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos da su permiso para realizar razonable y necesarios exámenes médicos, pruebas y tratamiento. Al firmar a continuación, se indica que (1) piensa que este consentimiento es continuar en la naturaleza incluso después de que se ha realizado un diagnóstico específico y tratamiento recomendado; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente eficaz hasta que sea revocada por escrito. Usted tiene el derecho a suspender servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, riesgos y beneficios potenciales de cualquier prueba que se ordenó para usted. Si tienes alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento se recomienda por su médico, le animamos a hacer preguntas.

solicito voluntariamente un médico o proveedor de nivel medio (enfermera, asistente médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o los representantes según lo considere necesario, para realizar examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para la condición que me ha traído a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si adicional se recomiendan procedimientos de prueba, invasivos o intervencionistas, le pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicional antes de la prueba o procedimiento.

Si hay una exposición y examen del paciente es positivo, el médico tratante le notificará al paciente, cualquier persona expuesta y el Departamento de salud pública y se ofrecerá asesoramiento apropiado.

ACUERDO financiero paciente

1. _____ (Paciente o tutor iniciales)

Acuerdo . Reconozco que como cortesía, LewisGale médicos puede facturar a mi compañía de seguros por servicios prestados a mí. —estoy de acuerdo en pagar por servicios que no están cubiertos o cubrieron los cargos no pagados total incluyendo pero no limitado a cualquier copago, coaseguro o deducible o cargos no cubiertos por el seguro.
entiendo que es un cargo por cheques devueltos.

2. _____(paciente o tutor iniciales)

Colección de terceros. Reconozco que los médicos LewisGale podrá utilizar los servicios de un tercero socio o afiliado de la entidad como una oficina comercial extendida ("EBO de servicio") para cuenta médica de facturación y servicios.

3. _____(paciente o tutor iniciales)

Asignación de beneficios. Por la presente asigno a médicos LewisGale cualquier seguro u otros beneficios de

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

terceros disponibles para servicios de salud proveídos a mí. Entiendo que los médicos LewisGale tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de tales beneficios. Si estos beneficios no están asignados a los médicos LewisGale, estoy de acuerdo en reenviar todos los seguros de salud o pagos de terceros que reciba por los servicios prestados a mí inmediatamente sobre el recibo.

4. _____ (paciente o tutor iniciales)

Medicare paciente certificación y asignación de beneficios. Certifico que cualquier información proporcionar, en su caso, en la aplicación de pago en el título XVIII ("Medicare") o título XIX ("Medicaid") de la ley de Seguridad Social es correcto. Solicito pago de beneficios autorizados a realizar en mi nombre a los médicos LewisGale por el Medicare o Medicaid program.

5. _____ (paciente o tutor iniciales)

Consentimiento para llamadas telefónicas para las comunicaciones financieras. Estoy de acuerdo en que, a fin de LewisGale médicos, o EBO administradores y agentes de colección, al servicio de mi cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, estoy de acuerdo expreso y consentimiento que médicos de LewisGale técnico de EBO y colección agentes pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquier teléfono, sin limitación de wireless, he proporcionado o LewisGale médicos o agentes de servicio EBO y colección han obtenido o , en cualquier teléfono número reenviar o transferir desde ese número, con respecto a los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Métodos de contacto pueden incluir uso de mensajes de voz pre-recorded artificial o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

6. _____ (paciente o tutor iniciales)

entiendo que los médicos LewisGale incluye autorización en oficinas bajo propiedad común. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como la original.

7. _____ (paciente o tutor iniciales)

este consentimiento entero permanecerá en pleno vigor hasta revocada por escrito.

Certifico que he leído y comprender a las declaraciones anteriores totalmente y completamente y voluntariamente el consentimiento a su contenido.

Firma del paciente o Representante Personal

fecha

nombre impreso del paciente o Representante Personal

(círculo o marca relaciones paciente de lista):

cónyuge

garante

padres

salud poder

Tutor Legal

otros (especifique) _____

título de trabajo de empleado de nombre impreso del testigo (empleado)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

firma del testigo

fecha

Informacion Del Paciente

(Por favor Use Letra en Molde)

Titulo (Dra./Sra./Señorita) _____
Nombre Del Paciente (Apellido) _____ (Primer) _____
También Conocido Como (Otro Nombre?) _____
 Casada Soltera Divorciada Viuda Legalmente Separada
Numero Social _____ Fecha De Nacimiento _____
Número De Teléfonos: De Casa _____ Celular _____ Del Trabajo _____ Email _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Estatus Empleada Estudiante de Jornada Completa Estudiante a Tiempo Parcial Retirada Negocio Propio Sin Empleo
Empleador _____ Ocupación _____
Contacto De Emergencia _____ Su Numero De Teléfono _____
Relación Con El Contacto De Emergencia _____

INFORMACION DEL PARTIDO RESPONSABLE POR LA CUENTA O LA PACIENTE (si no es la misma paciente)

Nombre Del Responsable (Apellido) _____ (Primer) _____
Numero Social _____ Hombre Mujer Fecha De Nacimiento _____
E-Mail _____
Número De Teléfonos: De Casa _____ Celular _____ Del Trabajo _____ Otro _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Estatus Empleada(o) Estudiante de Jornada Completa Estudiante a Tiempo Parcial Retirada(o) Negocio Propio Sin Empleo
Empleador _____ Ocupación _____
Relación Al Paciente _____

INFORMACION DEL ASEGURO MEDICO

(proporcione la tarjeta de seguro por favor)

Nombre Del Asegurado(a) _____ Fecha de Nacimiento _____
Numero Social _____ Relación Al Paciente _____
Compañía de Empleo _____
Compañía de Seguro / Teléfono _____
Dirección _____
Numero de la Póliza _____ ID Del Grupo _____ Copago _____ Fecha Efectiva _____

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

(proporcione la tarjeta de seguro por favor)

Nombre Del Asegurado(a) _____ Fecha de Nacimiento _____
Numero Social _____ Relación Al Paciente _____
Compañía de Empleo _____
Compañía de Seguro / Teléfono _____
Dirección _____
Numero de la Póliza _____ ID Del Grupo _____ Copago _____ Fecha Efectiva _____

Yo concuerdo que la información suministrada en esta forma es exacta y reciente según mi leal saber y entender.

Firma Del Paciente _____ **Fecha** _____
O Représentante Légal

Firma Del Partido Responsable (si es aplicable) _____ **Fecha** _____