

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA PRIVADA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

_____ He leído y estoy de acuerdo con la póliza sobre información privada de Urology Austin. Urology Austin cumple con todas las leyes y regulaciones que dictan como salvaguardar información médica privada (PHI). Por ejemplo, divulgaríamos PHI con otros proveedores de su salud, la compañía de seguro, pero no con su pareja u otro familiar. Las pautas en como se maneja su PHI están dictadas en este documento. Una copia de este documento esta disponible a mi solicitud.

_____ Autorizó a mi doctor familiar/principal, médicos de otras especialidades, y otros proveedores de salud que proporcionen información médica de mi expediente o cualquier otra información que sea pertinente para mi salud a Urology Austin.

_____ Autorizo a Urology Austin a dejar datos médicos y referente a citas a los siguientes números telefónicos:
 Casa: _____ Trabajo: _____
 Celular: _____ Correo Electrónico: _____
 Autorizo el uso de comunicación por texto (no se limita solo a notificaciones sobre citas)

Por favor registre entidades autorizadas en recibir su PHI: Ninguno

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la asignación de beneficios de mi seguro médico directamente a Urology Austin para cubrir los servicios proporcionados. Entiendo que mantengo una responsabilidad financiera a Urology Austin para cualquier costo compartido (copago, cuota, deducible), incluso servicios no cubiertos en mi plan de seguro.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente

Fecha de Firma

Firma de un garante (si es diferente al paciente)

Fecha de Firma