



Información del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre Inicial _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____
 Teléfono # (s) _____ Seguro Social # _____ SS # de guardián (si es menor) _____
 Dirección _____ Otros _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip Código _____
 Empleado Por _____ Trabajo # _____
 ¿A quién podemos contactar en caso de Un ¿Emergencia? _____ Teléfono # _____
 Seguro Primario _____ Numero de Seguro # _____
 Nombre de Seguro Titular _____ Fecha de Nacimiento _____
 Seguro Secundario _____ Numero de Seguro # _____
 ¿Quién es responsable financieramente de esta visita? _____ Numero de Teléfono # _____

Aceptamos efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito principales en el momento del servicio prestado.

Autorizo servicios auditivos de la Florida central, PLLC para liberar information solicitado con respecto a la tramitación de mis reclamaciones.

Entiendo y acepto que (independientemente de mi estado de seguro), soy en última instancia responsable del balance en mi cuenta para cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información sobre este financiero acuerdo que me proporcionó y aclarar que es correcto. Notificaré los servicios de audición de Central Florida, PLLC de cualquier cambio en mi seguro o en la información anterior.

Acuerdo financiero

Medicare Enviaremos reclamos a Medicare. El paciente será responsable del deducible y del 20% de coseguro, el cual puede ser facturado a un seguro secundario si usted tiene uno.

Firma de vida de Medicare en el archivo: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a la audiencia central Servicios PLLC para cualquier servicio proporcionado a mí. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que libere al CMS (y a sus agentes) cualquier información para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta información se usará para la finalidad de la evaluación y administración de las reclamaciones de Ventajas.

Planes fuera de la red: Usted será responsable de cualquier saldo de cualquier plan indique se debe en su formulario de explicación de beneficios. Vamos a ajustar los cargos para coincidir con sus planes UCR (de costumbre, Cargos negociados, consuetudinarios y razonables. Todos los pacientes serán responsables de sus coseguros y deducibles.

Autorización de seguro privado para asignación de beneficios/liberación de información: Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a servicios de audición central, PLLC o cualquier servicio amueblado. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto que no esté cubierto por mi contrato. También autorizo a cualquier titular de la información médica sobre mí para ser liberado a mi compañía de seguros (or su agente), información concerniente a la atención médica, asesoramiento, tratamiento, o suministros proporcionados por mí. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de Ventajas.

Consentimiento para el tratamiento

Yo voluntariamente doy mi permiso a los proveedores de atención médica de los servicios auditivos de la Florida central, PLLC y tales asistentes y otros proveedores de atención de la salud, ya que pueden considerar necesario para proporcionar servicios a mí. Entiendo que al firmar este formulario, soy autorizING a que me traten durante el tiempo que yo busque la atención de, o hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Entiendo que los servicios auditivos de la Florida central, los servicios de PLLC son proporcionados por una gama de profesionales de la salud auditiva, algunos de los cuales pueden estar en entrenamiento. Wgallina aplicable, todos los profesionales en formación son supervisados por personal con licencia.

Si tengo alguna pregunta sobre este formulario de consentimiento o sobre los servicios ofrecidos en los servicios auditivos de Central Florida, PLLC, los discutiré con el audiólogo.

Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he leído el Aviso de Prácticas de Privacidad, el Acuerdo Financiero y el Consentimiento para el tratamiento (Marque Uno) Sí NO

Deseo recibir una copia. Por favor inicial/fecha para indicar un copia fue dado _____ Fecha _____

Aviso de prácticas de privacidad recibidas (7 PGS.) _____ Fecha _____ Acuerdo financiero Recibido
 Firma _____ Fecha _____

Padre/legal Guardián Firma _____ Fecha _____

Para Oficina Uso Sólo:

Firmado y recibido por: _____ Fecha _____

Reconocimiento Negado: _____ Fecha _____

Esfuerzos por obtener y razón de rechazo:

