

New York Kidney Physicians PLLC

www.nykp.care

Central Appointment : 347-460-4253, eFax (718) 355-9650, Ans Serv 888-456-4900

Apellido		Nombre	
Dirección		Apto	
Ciudad		Estado	Código Postal:
SSN		DOB	
Tel ----- móvil	----- -----	Email	
de emergencia Contacto		Relación	Número

de autorización para Bill Seguro de Salud / Asignación de Beneficios / consentimiento para divulgar información

➤ I arriba mencionado paciente presente doy permiso completo y autorizar Queens Nephrology Associates, para facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados por los asociados Queens Nefrología y proveedores de atención médica. También estoy de acuerdo en efectuar los controles o pago efectuado por dicha compañía de seguros que debe pagarse y entrega a: Queens Nephrology Associates, 34-35 70th St, Jackson Hts, NY 11372 o sus oficinas de la práctica médica afiliadas.

Al firmar este documento también estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones siguientes: Entiendo que soy responsable para la comprensión de la información acerca de mi póliza de seguro de salud y proporcionar dicha información a Queens Nephrology Associates, para la facturación correcta. También soy responsable de notificar a Queens Nephrology Associates en el caso de cambio de mi estado seguro de salud - beneficios inclusivos y cualquier información que recibo relativos al cuidado que tengo o va a recibir en esta oficina. Entiendo que Queens Nephrology Associates se utilicen los servicios y facturar a mi seguro de salud para aquellos servicios en distintos momentos durante el curso de mi atención en esta oficina. Tengo entendido que en última instancia yo soy responsable de todos los pagos relacionados con cualquier y todos los cargos relacionados con el tratamiento y los servicios que he recibido en Queens Nephrology Associates durante mi atención. También entiendo que mi compañía de seguros y plan de política relacionada pueden ofrecer beneficios para los servicios prestados en Queens Nephrology Associates, pero que tales beneficios no necesariamente garantiza el pago por esos servicios. Yo entiendo que la política de Queens Nephrology Associates requiere el pago total o copago o deducible según un seguro para todos los servicios prestados en el momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. Si mi cuenta no se paga dentro de los 90 días siguientes a la fecha de servicio y no hay otros arreglos financieros se han hecho, seré responsable de todos los honorarios legales, gastos de recaudación, y cualesquiera otros gastos incurridos en la recogida de mi cuenta (carga normal - 33 %, además de su saldo pendiente en nuestra oficina). Entiendo la información anterior y de acuerdo que mi historial médico y la información relacionada se completó correctamente a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que es mi responsabilidad de alertar a Queens Nephrology Associates de cualquier cambio en mi estado o un seguro de cobertura médica. El abajo se comprometerán a respetar y acatar todas las declaraciones hechas anteriormente.

➤ Las leyes federales y estatales pueden permitir esta práctica médica para participar en organizaciones con otros proveedores de atención médica, farmacia, aseguradores y / u otros participantes de la industria de cuidado de la salud y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades que comparten mi información médica entre sí para lograr las metas que pueden incluir, pero no limitarse a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a la información de mi; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y aquellos otros propósitos que pueden ser permitidos por la ley. Yo entiendo que esta práctica médica puede ser un miembro de uno o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información relativa a las condiciones psicológicas, trastornos psiquiátricos, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, las condiciones de la dependencia química y / o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

➤ Doy permiso para que mi información médica protegida que se divulgará a los efectos de comunicar los resultados, conclusiones y decisiones sobre la atención a los miembros de la familia. [Paciente / Representante podrá revocar o modificar esta autorización específica y que la revocación o modificación debe ser por escrito.]

Nota: Esta clínica utiliza un registro electrónico de salud y no mantienen la carta de papel, que actualizará todos sus datos demográficos-seguro a la información que que introdujo. Todo documento escaneado y volvió original al paciente.

➤ ✓ Doy mi consentimiento para fotografías, grabaciones digitales o de audio, y / o imágenes de mí se está grabando por razones de seguridad y / o propósitos de operaciones de cuidado de la salud de la práctica (por ejemplo, las actividades de mejora de la calidad). Yo entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad sobre las imágenes y / o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a, o copias de las imágenes y / o grabaciones cuando sea tecnológicamente posible a menos que esté prohibido por la ley. Entiendo que estas imágenes y / o grabaciones serán almacenados y protegidos de forma segura. Imágenes y / o grabaciones en las que estoy identificado no serán liberados y / o utilizados sin una autorización específica por escrito de mi o mi representante legal, a menos que sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o de otra manera permitida o requerida por la ley.

➤ ✓ Los pacientes en nuestra práctica puede ponerse en contacto a través de correo electrónico que aparece más arriba y mensajería / o texto en el móvil por encima de confirmar una cita, para obtener información sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, ya recibir recordatorios de salud / información general. Si en cualquier momento, proporciona una dirección de correo electrónico o número de texto a continuación, se entiende que puede conseguir estas comunicaciones de la Práctica. Usted puede optar por una de estas comunicaciones en cualquier momento. **La práctica no cobra por este servicio, pero las tasas de mensajería de texto estándar puede aplicar lo previsto en su plan de servicios inalámbricos (póngase en contacto con su operador para planes y detalles de precios).**

Imprimir Nombre: _____ Relación: _____ (si no el paciente)

Paciente / Firma del representante del paciente: _____

Fecha: _____ Tiempo: _____

Acción Personal escaneados en la historia clínica electrónica y volvió original al paciente.

La negativa del consentimiento

_____ (Paciente / Representante Iniciales) **no da su consentimiento** para recibir comunicaciones a través de texto o correo electrónico o correo postal.

_____ (Iniciales del Paciente / Representante) que **no dan su consentimiento** para fotografías, grabaciones digitales o de audio, y / o imágenes de mí siendo grabadas por motivos de seguridad y / o propósitos de operaciones de cuidado de la salud de la práctica (por ejemplo, las actividades de mejora de la calidad).

Nombre del paciente: _____

Paciente / Firma del representante del paciente: _____

Fecha: _____ Tiempo: _____