



AUTORIZACIÓN Y REVELACIÓN

Estas AUTORIZACIONES Y REVELACIONES DEBEN SER FIRMADAS POR EL PACIENTE, o por la parte legal y financieramente responsable de un paciente menor de edad o incapacitado física o mentalmente. POR FAVOR LEA CADA AUTORIZACIÓN.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO: El abajo firmante autoriza cualquier anestesia, tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo servicios prestados o proporcionados bajo las instrucciones generales y especiales de mi médico, sus ayudantes y otros profesionales asociados, como puede, a su juicio profesional considerará necesario o beneficioso para los propósitos de diagnóstico, tratamiento y atención médica en el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC. NO SE HIZO NINGUNA PROMESA, GARANTÍA O GARANTÍA CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DE CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO. Eliminado cualquier y todos los órganos o partes pueden ser eliminados de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA: Para propósito de reembolso, el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC y cada asistir o tratamiento médico, incluyendo pero no limitado a, patología, anestesia, proveedores de radiología y laboratorio, son por la presente autorizado y dirigido a revelar todo o cualquier parte de su expediente médico para esta admisión a mi empleador, las compañías de seguros, otras organizaciones, terceros pagadores o agencias que sean necesarias para verificar o procesar cualquier y todo reclamo para el reembolso seguro de cobertura o de terceros. Tengo entendido que tales revelaciones pueden contener información que podría resultar en limitación o negación de beneficios del seguro o reembolso de terceros o que de lo contrario podría ser dañino o perjudicial para mis intereses. A menos que se instruya específicamente lo contrario, el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC y cada asistir o el tratamiento a médico se autorizó y dirigida, durante el período de esta admisión, a revelar información al cónyuge del paciente, niños, padres y cualquier otra persona autorizada para dar su consentimiento al tratamiento de conformidad con 431.061-.065, RSMO (1979) en su forma enmendada, relativa al estado de salud del paciente, diagnóstico, pronóstico y el progreso. Cada uno de los firmantes por este medio liberar y mantener el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC, sus oficiales, directores, agentes, empleados, examinar y tratar a los practicantes inocentes de cualquier y todos los costos, pérdida daño o responsabilidad resultantes o que surjan de dichas divulgaciones.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA OBJETOS DE VALOR: El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC queda totalmente liberado y de toda responsabilidad por pérdidas o daños a los bienes personales, dinero ni objetos de valor del paciente que suscribe.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Soy consciente de mis derechos a la privacidad de la información personal de salud, bajo la regla de privacidad de la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA) y soy consciente de que una copia de estos derechos son disponibles bajo petición.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES Reconozco que he recibido, antes de mi procedimiento, una copia de los derechos y responsabilidades, que incluye información sobre dónde y cómo yo puedo someter una queja o reclamación.

DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD DEL MEDICO: El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC presta servicios solamente a los pacientes ingresados por los médicos privados que son miembros del personal médico, algunos de los cuales conservan la propiedad conjunta del centro de cirugía. Entiendo que puedo escoger otra planta para los servicios requieren y han elegido para recibir atención en El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC.

COMUNICADO DE TRANSPORTE: Entiendo que la anestesia que me administren puede tener efectos que lo hacen peligroso para yo conducir un coche o de lo contrario viajar sola a mi casa después de mi procedimiento y descarga. Yo eh arreglado el transporte con un adulto responsable a mi casa y estare bajo la supervisión de un adulto responsable durante 24 horas después de mi procedimiento. Entiendo que el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC no realizará mi procedimiento de horario a menos que estos acuerdos se cumplan y le eh proporcionado a El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC el nombre y número de teléfono del designado responsable. El responsable se compromete a asumir la responsabilidad de acompañar y transportar el paciente a su hogar.

Nombre del Partido Responsable

Firma

Numero de Telefono

AVISO DE LA POLÍTICA SOBRE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS: He recibido información sobre la política de las directivas avanzadas del Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC y entiendo que la política de centro (sin importar el contenido de

cualquier instrucción o instrucciones de un abogado de salud suplente de hecho) es iniciar medidas de resucitación, si ocurre un evento adverso durante mi procedimiento. Podría ser transferido al centro de atención de casos agudos más cercano para la evaluación adicional, donde recibirá tratamiento y retirada de las medidas de tratamiento ya iniciado se ordenarán conforme a mis deseos, anticipadas o cuidado de la salud de poderes. Estoy de acuerdo con esta política de no revocar o invalidar cualquier directiva de salud actual o cuidado de la salud poder notarial. Por favor marque uno de los siguientes:

- Sí, traje mi directiva avanzada/testamento vital/salud Proxy conmigo para colocar una copia en mi carta astral como parte de mi expediente medico
- Sí, tiene una directiva avanzada/testamento vital/poder para la atención de salud, pero no lo traje conmigo
- NO, tengo una directiva avanzada/testamento vital/poder para la atención de salud.
- Me gustaría obtener información sobre cómo puedo obtener una directiva avanzada/testamento vital/poder para la atención de salud.

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que soy responsable económicamente para El Centro de cirugía de Biscayne Plaza de cualquier y todos los cargos asociados con los servicios prestados por El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC, ya sea a través de un arreglo de auto-pago o asignación de beneficios médicos aplicables bajo las cuales soy un beneficiario cubierto. Biscayne Plaza Surgery Center, LLC verifica las prestaciones del seguro, sin embargo exacta cobertura y beneficios no pueden determinarse hasta que la reclamación es recibida y revisada por mi compañía de seguros. Entiendo que esto no es una garantía de pago de una compañía de seguros, y todos los beneficios están sujetos a las condiciones y limitaciones del plan y están sujetos a cambios. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por la asignación de beneficios o por los cargos que la aseguradora se niega a pagar. Cuando un plan de salud niega algunos o todos los cargos, El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC perseguir la apelación interna proporcionada por el plan de salud y será sólo cuenta el paciente para cualquier cantidad que sigan pendientes después de que se agoten las apelaciones. Además, reconoce:

1. El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC puede ser un proveedor no participante con mi plan de seguro, el estado de los cuales he sido informado de, y he elegido para obtener servicios en esta instalación..
2. El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC las cuentas de ambos pacientes y planes de salud utilizando el mismo arancel, y mi obligación financiera se basa en mis niveles de beneficios aplicables relacionadas con servicios para los cuales El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC will bill my health plan pursuant to an asignación.
3. cuando no se aplican tarifas contractuales, los pacientes y los planes de salud ofrecen descuentos basados en el momento del pago, de conformidad con El Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC Políticas financieras, una copia de la cual está disponible bajo petición y también se ha hecho disponible para mi plan de salud.
4. Soy consciente de mi derecho a solicitar una completa estimación por escrito de los gastos previstos y mi responsabilidad financiera asociada. Yo entiendo que la cuota citada a mí para la instalación de la cirugía es sólo una ESTIMACIÓN, y es posible que recibirá una factura por cualquier saldo que sigo siendo financieramente obligado a pagar.
5. Honorarios por servicios de anestesia, honorarios médicos, servicios de patología, cuotas de laboratorio, equipo médico duradero y asistentes quirúrgicos u otros servicios prestados que no están incluidos en la instalación de tasa global será facturado por separado en su caso.
6. Cuando se recibe un pago por parte del paciente, directamente en el plan de salud se le asignado a el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza, LLC paciente debe aprobar y remitir el pago y la explicación de los beneficios a el Centro de Cirugía de Biscayne Plaza Center, LLC en cuanto se reciba el pago para evitar responsabilidad financiera adicional.

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE MEDICARE: Cada uno de los abajo firmante certifica que es correcta la información proporcionada en la solicitud de pago bajo el título XVII de la ley de Seguridad Social, Si es applicable, es corecto. Cualquier titular de médico o de otra información sobre los pacientes pertenecientes a esta admisión, está autorizado por la administración del Seguro Social según corresponda, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para cualquier reclamación de Medicare y solicitar que el pago de prestaciones autorizados hacerse en nombre del paciente. El programa Medicare está autorizado a proporcionar información médica o de otra índole necesarias para cualquier reclamación Medicare y le solicite que el pago de beneficios en virtud del Título XVII según sea necesario para procesar cualquier reclamo de cobertura gratuito.

EL ABAJO FIRMANTE Y CADA UNO DE ELLOS, CERTIFICAN QUE HAN LEÍDO Y COMPRENDER CADA UNA DE LAS AUTORIZACIONES ANTERIORES

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE/ REPRESENTANTE AUTORIZADO O FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE

FECHA