

AUTORIZACIÓN PARA PROYECTO DE LEY DE SEGUROS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo NCNC facturar directamente a mi compañía de seguros y Asimismo, autorizo a cualquier tercer pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a NCNC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a NCNC o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

X _____ X _____
Paciente / Guardián Firma Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Doy mi consentimiento para ser un cliente en NCNC. Yo entiendo que esta clínica está afiliado a la Universidad de Purdue de la enfermería, de West Lafayette. Entiendo que práctica avanzada enfermeras proporcionan la atención médica en esta clínica. Yo entiendo que si los estudiantes de enfermería ayudar a proporcionar cuidado de la salud que están bajo la supervisión de un profesional de enfermería. Entiendo que toda la información sobre mí, como individuo se mantendrá confidencial de acuerdo con las reglas.

X _____ X _____
Paciente / Guardián Firma Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE VACUNAS

Al firmar a continuación, autorizo NCNC para liberar o solicitar a las escuelas, guarderías, departamentos de salud estatales / locales y los proveedores de cuidado de la salud toda la información relativa a la inmunización del paciente anterior. El propósito de recibir / liberación de esta información es vigilar que el paciente recibe por encima de todo su / sus vacunas. Esta información será utilizada para el seguimiento de los servicios prestados por las escuelas, guarderías, departamentos de salud estatales / locales y los proveedores de atención médica al paciente por encima de, y puede ser liberar o recibido por la comunicación oral, en forma escrita o por ordenador. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero la solicitud seguirá siendo válida hasta que sea revocada. Una fotocopia de esta autorización tiene el mismo efecto que un original.

X _____ X _____
Paciente / Guardián Firma Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTOS O CORREOS ELECTRONICOS PARA RECORDATORIOS DE CITA O OTRAS COSAS DE SALUD

Al firmar a continuación, yo autorizo recibir mensajes de texto de la clínica a mi número de teléfono o a mi correo electrónico para recibir recordatorios de citas y recordatorios de salud en general. Yo entiendo que voy a recibir mensajes de texto/correos electrónicos siempre acerca de citas que vaya tener, información de salud hasta que yo decida que ya no lo quiero. Si yo no deseo continuar con los mensajes de textos/correos electrónicos tengo que hacer algo por escrito diciendo que ya no lo quiero. Yo también entiendo que esta forma de comunicación no es segura para transmitir información privada. También estoy de acuerdo de llamar por si mi número de teléfono cambia.

X _____ X _____
Paciente/Guardián Firma Fecha

HIPAA CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA AL CONYUGE, FAMILIARES O AMIGOS

Al firmar a continuación, autorizo a las Clínicas de Enfermería de North Central a dar información médica privada si no estoy disponible o incapacitado por cualquier motivo a: _____ . Esta persona/partido es mi:

(Nombre de la persona)

_____. Este consentimiento Incluye Excluye información sobre el VIH-SIDA. Este (Relacion con el paciente)

acuerdo permanecerá en vigor hasta que yo diga por escrito a la entidad reveladora NCNC.

X _____ X _____
Paciente / Guardián Firma Fecha

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD Y PROCEDIMIENTO DE QUEJA DEL PACIENTE FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

- Aviso de Privacidad The North Central Clinics de enfermería se describe cómo la información médica del paciente puede ser usada y divulgada y describe sus derechos con respecto a esta información protegida.
- Procedimiento de quejas clínicas de enfermería North Central 'permite a los pacientes a presentar una queja con respecto a su tratamiento médico, las prácticas de facturación NCNC o las políticas generales de funcionamiento de NCNC. Los pacientes pueden presentar quejas por escrito.

Su firma indica que ha leído, entiende y reconoce Aviso de prácticas de privacidad y Procedimiento de Quejas de NCNC.

X _____ X _____
Paciente / Guardián Firma Fecha