

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

### **Asignación de beneficios y autorización para divulgar información médica**

Por la presente certifico que la información de seguro que proporcioné es precisa, completa y actual y que no tengo otra cobertura de seguro. Cedo mi derecho de recibir el pago de los beneficios autorizados según Medicare, Medicaid o cualquiera de mis compañías de seguros al proveedor o suministrador de cualquier servicio que tal proveedor o suministrador me haya prestado. Autorizo a mi proveedor a que presente una apelación en mi nombre por cualquier denegación de pago o determinación de beneficios adversa en relación con los servicios y la atención prestados. Si mi plan de seguro médico no le paga directamente a mi proveedor, acepto enviarle a mi proveedor todos los pagos de seguro médico que yo reciba por los servicios prestados por mi proveedor y sus proveedores de atención médica. Autorizo a mi proveedor, o a cualquiera que tenga información médica sobre mí o sobre el paciente indicado abajo, para que divulgue a mi plan de seguro de salud la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que si mi proveedor no participa en la red de mi plan de seguro, o si soy un paciente que paga por cuenta propia, es posible que esta asignación de beneficios no se aplique.

**Garantía de pago y certificación previa.** En consideración de los servicios prestados por mi proveedor, acepto que soy responsable de todos los cargos por servicios que recibo que no estén cubiertos por mi plan de seguro médico o de los cuales soy responsable de pagar según mi plan de seguro médico. Acepto pagar todos los cargos que mi plan de seguro médico no cubre o de los que soy responsable de pagar según mi plan de seguro médico. También acepto que, en la medida permitida por la ley, reembolsaré a mi proveedor todos los costos, gastos y honorarios de abogados incurridos por mi proveedor para cobrar esos cargos.

Si mi seguro tiene un requisito de certificación previa o autorización, entiendo que es mi responsabilidad obtener autorización para los servicios prestados de acuerdo con las disposiciones del plan. Entiendo que si no lo hago, eso podría dar lugar a una reducción o denegación de los pagos de beneficios y que seré responsable de todos los saldos adeudados.

***Por la presente reconozco que he recibido la Política financiera de mi proveedor, así como el Aviso de prácticas de privacidad de mi proveedor. Acepto los términos de la Política financiera de mi proveedor, la divulgación de mi información a través de HIE\* y doy mi consentimiento para que mis proveedores realicen mi tratamiento. Este formulario y mi asignación de beneficios se aplica y se extiende a consultas y citas posteriores con todos los proveedores de atención médica afiliados de Advanced Endocrinology, LLC.***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

→ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Para que lo firme el padre/madre o tutor legal del paciente si el paciente es menor de edad o no es competente*

Nombre y parentesco de la persona que firma, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

**\*Aviso: Si usted no quiere participar en el Intercambio de información de salud (HIE), es su responsabilidad seguir las instrucciones descritas en el Formulario de solicitud de exclusión del HIE de mi proveedor y/o comunicarse directamente con el HIE.**