

Liberación de información Autorizo a MD West ONE, P.C., a divulgar mi información de salud y facturación a:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Recordatorios de citas Autorizo a MD West ONE, P.C., en caso de que no esté disponible para dejar un mensaje con respecto a la hora de mi cita, los cambios o la información de programación en mi contestador automático, correo de voz o con la persona que contesta el teléfono.

Método de contacto preferido para recordatorios de citas o cambios Teléfono Correo electrónico Texto

Recibo de acuse de recibo de la póliza (inicial cada)

_____ Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

_____ Reconozco que me ofrecieron una copia y acepto los términos de la Política financiera.

_____ *(si es aplicable)* _____

Trabajo comp / Información de accidente de auto (MVA)

Portador _____ Reclamación # _____ Fecha de herida ___/___/___ Trabajo Comp MVA

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre / Dirección del empleador _____

Administrador de casos _____ Teléfono _____ Fax _____

Ajustador de reclamos _____ Teléfono _____ Fax _____

****Acuerdo de pagador de terceros****

Por la presente autorizo a MD West ONE, PC, a proporcionar a terceros pagadores cualquier información relacionada con la atención médica, el tratamiento y la facturación. Por este medio, asigno a MD West ONE, PC, todos los pagos por los servicios médicos que se me proporcionarán a mí o a mis dependientes, y autorizo el pago directo de tales beneficios a MD West ONE, PC, por un tercero y por un tercero que paga. También estoy de acuerdo en que si surge una disputa entre MD West ONE, PC, y yo, las leyes del estado de Nebraska regirán, y todas las disputas entre MD West ONE, PC, y yo solo se deben resolver en la corte correspondiente en el condado de Douglas, Nebraska, y yo dar su consentimiento para que la jurisdicción personal y el lugar sean adecuados en el tribunal apropiado ubicado en el condado de Douglas, Nebraska.

Firma del paciente o tutor legal autorizado

Fecha

Imprimir el nombre