CENTRO DE INSTITUTO DE CIRUGIA FLORIDA ORTHOPAEDIC

OTROS BENEFICIOS: AUTO, COMPENSACION DE TRABAJADORES, ETC.

En la actualidad, ¿está usted recibiendo cualquier otra clase de beneficios? SI NO
(ej. Beneficios de Auto, Compensación de Trabajadores, Pulmón Negro, Asuntos de Veteranos, etc.)

CENTROS DE CIRUGIA AMBULATORIA REPORTANDO AL ESTADO DE FLORIDA

El estado de Florida require que los Centros de Cirugía Ambulatoria adquieran y comuniquen la información personal del paciente. La clasificación étnica y racial son algunos de los elementos a reportar:

Por favor circule la clasificación que mejor se adapte a su información étnica:

*Hispano – (de cultura y origen Español) *No Hispano *Desconocido

Por favor circule la clasificación que mejor describa su raza:

*Indio Americano/Nativo de Alaska *Asiatico *Afroamericano

*Nacido en Hawaii/Isleño del Pacifico *Blanco *Otro *Desconocido

NOTIFICACION AL PACIENTE

_____(Iniciales del Paciente) – Antes de la fecha de mi procedimiento, se me proporcionó la siguiente información por escrito y verbalmente:

*Notificación de los Derechos del Paciente
*Voluntad Previa para Servicios Médicos
*Sometimiento e Investigación de Quejas
*Divulgación Financiera
*Presupuesto de Costos Médicos

ASIGNACION DE BENEFICIOS

_____(Iniciales del Paciente) – El paciente garantiza el pago de todos los cargos por esta fecha de servicio y asigna todos los beneficios y prestaciones del seguro al Florida Orthopaedic Institute Surgery Center, LLC. El paciente también autoriza que se revele y conceda información a las compañías de seguros apropiadas, según sea necesario para el procesamiento de todos los reclamos. El paciente entiende que él/ella es responsable financieramente al Florida Orthopaedic Institute Surgery Center por cualquier cargo no cubierto por el seguro. Florida Orthopaedic Institute Surgery Center, LLC no pertenece o es operado por Florida Orthopaedic Institute, pero es propiedad y es operado por un grupo de médicos afiliados con el Florida Orthopaedic Institute. Si el paciente tiene Medicare, certifica que la información que le brindó a Florida Orthopaedic Institute Surgery Center es correcta y exacta para procesar pago, en virtud del título XVIII de la Ley de Seguro Social. El paciente autoriza a Florida Orthopaedic Institute Surgery Center a revelar y conceder cualquier información necesaria para la administración del seguro social o sus agentes para procesar el reclamo de él/ella. El paciente solicita que todos los pagos de beneficios autorizados a nombre de él/ella se hagan pagaderos a Florida Orthopaedic Institute Surgery Center en su nombre. El paciente entiende que es responsable de cualquier deducible, co-pago o co-seguro establecido por la compañía de seguros.

GARANTÍA DE PAGO

_____(Iniciales del Paciente) El Paciente entiende y acepta responsabilidad por el pago de todas las cuentas y facturas a Florida Orthopaedic Institute Surgery Center. La compañía de seguro puede que pague total o parcialmente el procedimiento o facturas, pero es la responsabilidad del paciente que se pague la cuenta en su totalidad.

_____ _____

Nombre Impreso – (Paciente, Padres o Tutor Legal) Testigo Fecha

_____

Firma