

Divulgación de información y finanzas:

Uso y divulgación de información médica protegida: con mi consentimiento, Colorado Springs Dermatology Clinic (la práctica) puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) o información médica identificable individualmente (IIHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones. Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Base de datos de monitoreo de medicamentos recetados: Es posible que le den una receta para un medicamento "controlado" (Listado II a V). Su información de identificación de prescripción se ingresará en la base de datos electrónica de control de medicamentos recetados (PDMP) de Colorado cuando se le suministre el medicamento. La información de su prescripción en la base de datos es un registro de salud protegido y las personas que no son cuidadores no pueden acceder a ella, excepto como parte de una investigación autorizada. Tiene derecho a acceder a su información en el PDMP a través de la Junta de Farmacia de Colorado. Puede buscar correcciones a la información como lo haría con sus otros registros médicos.

Consentimiento de Medicare: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago según el Título SVII y / o el Título XIX de la Administración del Seguro Social o sus proveedores intermediarios es cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado con Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios médicos. Entiendo que soy responsable por los deducibles de mi seguro médico y el coseguro y cualquier monto de copago.

Pago por servicio: El pago se espera en el momento del servicio; Los copagos del seguro son obligatorios por su compañía de seguros y deben hacerse hoy. Entiendo y acepto que si mi compañía de seguros niega los beneficios por cualquier motivo, incluido "no cubierto" o "cosmético", soy responsable del monto total de los servicios prestados. Solicito que el pago se realice a la Clínica Dermatológica de Colorado Springs. En el caso de que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los costos de cobranza. Entiendo y estoy de acuerdo en pagar un cargo por cheque devuelto de \$ 40.00 por cheque devuelto.

Firma del PACIENTE o TUTOR: _____ Fecha: _____

Colorado Springs Dermatology Clinic, PC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.