



Consent for Care and Release Information

Esta forma de autorización para compartir la información cumple plenamente con HIPAA. Está destinado a las personas mencionadas

Si recibe esto por error, triture todas las copias y deséchelas o regrese a esta oficina.

Nombre del paciente :

Fecha de nacimiento:

Yo _____ Por medio de la presente, doy permiso a Holly Springs Feeding & Speech para obtener y compartir toda la información sobre mi hijo/hija con respecto a su cuidado, tratamiento, evaluación o facturación, relacionada con su tratamiento con el fin de la continuidad de su cuidado. Estoy de acuerdo en permitir que la información médica pertinente sea enviada por fax o consulta verbal a todas las partes relacionadas con el cuidado de este paciente.

Es de mi entendimiento que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en el que ya se hayan tomado medidas previas relacionadas con esta Autorización. Entiendo que si deseo cancelar / revocar esta Autorización, debo enviarla por correo, fax o presentar una carta en persona que indique que deseo cancelar esta autorización.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización. Entiendo que la información utilizada o compartida y de conformidad con este documento puede ser compartida por el destinatario y podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

HSFAS proporcionará todas las copias de los informes a los pacientes después de que se complete la evaluación. Tenga en cuenta que para garantizar el cumplimiento de HIPPA, todos los registros deben recogerse en la oficina.

AUTORIZACIÓN ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS - RESPONSABILIDAD FINANCIERA - DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo autorizo a Holly Springs Feeding and Speech, PLLC a compartir a la compañía de seguros cualquier información necesaria para el pago de cualquier reclamo. Autorizo el pago a Holly Springs Feeding and Speech, PLLC de mi compañía de seguros o externo.

Estoy de acuerdo en pagar cualquier copago aplicable al momento del servicio y coseguro y / o deducibles según lo acordado entre Holly Springs Feeding and Speech, PLLC y yo. Entiendo que los beneficios de mi seguro pueden no cubrir todos los cargos y que soy responsable de los cargos que no están cubiertos por mi seguro de salud o tercero responsable. Entiendo y acepto que si no hago ninguno de los pagos de los cuales soy responsable de manera oportuna, seré

