



PineRidge
Obstetrix & Gynecology Inc.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

___ Autorizo la atención médica y el tratamiento por PineRidge Obstetrix Y Ginecología Inc.

___ Entiendo que todas las recargas, referencias y cartas serán atendidas en el momento de cita.

___ Estoy de acuerdo con un cargo de \$ 20.00 por los cheques devueltos.

___ PineRidge Obstetrix & Ginecologia Inc. Notifica a los pacientes sobre los resultados de todas las pruebas ordenados, independientemente de si los hallazgos son normales o anormales. Ocasionalmente, los resultados no se envían a la oficina. Si usted ha sido sometido exámenes médico de rutina y no ha recibido los resultados dentro de los 14 días hábiles, por favor llame a la oficina para asegurarse de que los resultado de todas las pruebas completadas se reportan a usted.

___ Reconozco que he revisado una copia del Aviso de Privacidad de Información de Salud practique y haya tomado una copia si así lo desea.

___ Autorizo PineRidge Obstetrix y Ginecología Inc. Para liberar mi médico información a cualquier médico o profesional de la salud a quien esté siendo remitido para el cuidado y para cualquier pagador de mi cuidado incluyendo mi compañía de seguros o el programa de cuidado administrado sobre de mi cuidado su petición específica. Esto también se extiende a los expedientes referentes a mi niño, si es aplicable.

___ PineRidge Obstetrix Y Ginecología Inc. respeta su privacidad y solo divulgará información requerida para continuar su tratamiento, lo ayudará a obtener el pago, administrará su propia información interna operación o según lo autorizado específicamente por usted.

___ Entiendo que soy responsable de todos los cargadores incurridos por los tratamientos prestados, incluso si mi compañía de seguros determina que los servicios no están cubiertos o excluidos.

___ Puedo revocar estas autorizaciones por escrito en cualquier momento. Tal revocación no afectará mi responsabilidad financiera para pagar los servicios prestados.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(o la firma del tutor, si el paciente es menor de edad)

