



3510 Old Milton Parkway, Alpharetta, GA 30005
770.346.0132 Fax 770.346.0165
www.pediatricsgenetics.com

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN:

Yo autorizo a Pediatrics and Genetics a revelar todo o parte de los expediente médicos del paciente y/o cargos clínicos (incluyendo información relacionada con el abuso de alcohol o drogas, enfermedades psiquiátricas o información relacionada a enfermedades contagiosas incluyendo (HIV) virus del sida) a cualquier persona o corporación (i) la cual es o puede ser responsable, o bajo contrato con Pediatrics and Genetics para el reembolso, sustitución y/o recuperación directa y coordinación de beneficios para este y todos los reclamos futuros, incluyendo, pero no limitado a hospitales/compañías de servicios médicos, portadores de compensación para trabajadores, fondos de bienestar social, agencias gubernamentales y (ii) cualquier proveedor del cuidado de salud, para una continua atención del paciente. Pediatrics and Genetics también puede dar a conocer, de forma anónima, cualquier información concerniente al caso del paciente, la cual sea necesaria o apropiada para avances de la ciencia médica, educación médica, investigación médica, para la colección de datos estadísticos o concernientes a las leyes Estatales o Federales, estatutos o regulaciones. Exceptuando los mencionados arriba Pediatrics and Genetics requerirá un consentimiento escrito del paciente, o en caso de un menor de edad, del padre natural o guradían legal, para dar a conocer información del paciente. También estoy de acuerdo, que en todos los casos, los expediente médicos originales (incluyendo radiografías y especímenes de laboratorio) continuarán siendo propiedad de Pediatrics and Genetics

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Favor de firmar solamente 1 de los 2 párrafos siguientes. El primero nos permite remitir la factura a la aseguranza y debe estar firmado para que nosotros podamos hacer el reclamo de sus beneficios. El Segundo establece que no quiere que se remita la factura a su aseguranza, aunque este cubierto, y que usted pagará por los servicios.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: En el caso de que el paciente, su representante autorizado o el garante que firmaabajo, tiene derecho a los beneficios que surjan de cualquier clase de cualquier póliza de seguros, asegurando al paciente o cualquier otra parte responsable por este, esos beneficios son asignados por esta a Pediatrics and Genetics para ser aplicados en contra de la cuenta del paciente. Tales pagos liberarán a la aseguranza de cualquier obligación bajo la póliza, hasta el punto de que el pago haya sido hecho correctamente de acuerdo a los términos de la póliza. El que firma permanecerá responsable por algunos o todos los cargos no pagados por la compañía de seguros y/o no cubiertos por esta asignación. Para cualquier cobertura elegible por Medicare, yo pido que se haga de mi parte el pago de cualquier beneficio autorizado de Medicare; yo asigno los beneficios a pagar por los servicios de médicos al médico u organización que provea los servicios o autorizar a tal médico u organización a someter el reclamo a Medicare para su Pago. Cualquier beneficio, de cualquier clase bajo cualquier póliza de seguros que asegure al paciente, o a cualquier parte responsable por el paciente, es asignada por este a Pediatrics and Genetics o al grupo proveedor de servicios para su aplicación a la cuenta del paciente.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

RENUNCIA A LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo entiendo que al no firmar la asignación de beneficios de arriba, seré responsable por un 100% de los cargos incurridos en el momento del servicio. También entiendo que podrá haber cargos adicionales, que no estén disponibles en el momento del servicio y que me serán facturados.

Firma del Garante: _____ Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo estoy de acuerdo que a cambio de los servicios proveídos al paciente por Pediatrics and Genetics, o cualquier otro proveedor del cuidado de salud, Yo pagaré la cuenta del paciente antes de ser dado de alta, o haré un acuerdo financier satisfactorio a Pediatrics and Genetics o cualquier otros proveedores, para el pago. Si una cuenta es enviada a un abogado para colección de pago, Yo estoy de acuerdo en pagar los gastos de colección y cuotas de abogado razonables como se establece por la corte, y no por un jurado en cualquier acción judicial. Una cuenta delictiva puede ser cargada con intereses a una razón legal. QUEDA ENTENDIDO QUE PODRÁ HABER CARGOS ADICIONALES POR RADIOGRAFÍAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADOS POR EL PROVEEDOR U OTRAS ORGANIZACIONES QUE NOSEAN GOOD NIGHT PEDIATRICS, QUE SERÁN FACTURADOS SEPARADAMENTE.

Firma del Garante: _____ **Fecha:** _____