



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Doy mi consentimiento a Arrowhead Orthopaedics (AO), su personal, médicos y otros profesionales para proporcionar y realizar el cuidado médico de este tipo, pruebas, procedimientos, y otros servicios que se consideran necesarios o beneficiosos por Arrowhead Orthopaedics para mi salud y bienestar. Esto también incluye el tratamiento de un menor de edad (menores de 18).

LIBERACIÓN DE EXPEDIENTE MÉDICO

Por la presente autorizo a todos los documentos médicos necesarios, historial de recetas, y / o estudios de diagnóstico serán entregados a Arrowhead Orthopaedics para la gestión de mi cuidado.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado el *Notificación de Prácticas Privadas*, que describe el uso y divulgación de mi información de salud protegida que ocurrirá durante el pago de mi tratamiento y la factura. El *Notificación de Prácticas Privadas* también describe mis derechos y los deberes de Arrowhead Orthopaedics con respecto a mi información de salud protegida.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo entiendo que Arrowhead Orthopaedics divulgará mi información de salud: (1) a cualquier proveedor de atención médica para solicitar mi diagnóstico adicional, cuidado o tratamiento o para fines de pago o la asistencia sanitaria de funcionamiento de dicho proveedor; (2) a cualquier persona o entidad que puede ser responsable de la facturación / cobro de las reclamaciones por servicios médicos o productos; (3) a cualquier persona o entidad que es, o puede ser responsable a Arrowhead Orthopaedics o yo para la totalidad o parte de los cargos de Arrowhead Orthopaedics, incluyendo pero no limitado a, compañías de seguros, HMO o terceros pagadores; (4) a cualquier agencia gubernamental u otra organización responsable de la supervisión de Arrowhead Orthopaedics o un tercero pagador; (5) para operaciones de cuidado de la salud normal de Arrowhead Orthopaedics. Yo entiendo que Arrowhead Orthopaedics puede comunicar información, incluyendo información protegida de salud conmigo por teléfono, correo electrónico, a través del Portal del Paciente AO Direct. Entiendo que para garantizar la continuidad de la atención, los proveedores y el personal de Arrowhead Orthopaedics tendrán acceso a la información en mi historial médico electrónico.

COMUNICACIÓN DE CONSENTIMIENTO (Marque para confirmar la aprobación del método)

Estoy de acuerdo en permitir que AO en contactarme usando el método (s) siguiente con respecto a mi información personal de salud, la evaluación y el tratamiento. AO está autorizado para dejar mensajes para mí cuando no estoy disponible, como se indica abajo:

Autorizo AO y el personal médico para hablar de mi información personal de salud con las personas que se mencionan abajo. Entiendo dejando espacios en blanco, estoy indicando mi elección que yo no quiero que mi información se comparta con o entregada a cualquier persona.

Arrowhead Orthopaedics | POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido a Arrowhead Orthopaedics, y gracias por elegirnos como su proveedor de atención. Estamos comprometidos a proporcionarle el mejor cuidado, y me gusta que entendemos que el pago de su factura es necesaria para mantener una atención de calidad. Por esta razón, hemos adoptado la siguiente declaración como nuestra política financiera, que es necesario que usted lee, está de acuerdo y firmar antes de recibir cualquier servicio.

RESPONSABILIDAD DEL PAGO: Dado que usted es la persona que busca el cuidado, usted es responsable del pago de todos los cargos relacionados con su visita. Como cortesía, y para su comodidad, vamos a facturar a sus compañías de seguros cuando usted nos ha proporcionado toda la información solicitada seguros. **Usted es responsable de los deducibles anuales, co-pagos, porcentajes y servicios no cubiertos en el momento de prestar el servicio.** Si no está seguro de su cobertura, por favor, póngase en contacto con su seguro. Si el pago del seguro no se recibe dentro de los 60 días de nuestra facturación oficina, usted es el responsable inmediato del balance de la cuenta completa. Es la política de Arrowhead Orthopaedics que en el caso de separación o divorcio, el padre que trae el niño para el tratamiento es responsable de pagar por los servicios.

Si decide no cuenta a su seguro de atención recibida, se entiende que usted asume la responsabilidad financiera de todos los cargos. Además, si usted está buscando un tratamiento bajo Compensación al Trabajador, por favor envíe su empleador la autorización para el tratamiento. Los servicios se proporcionan sobre una base de auto-pago hasta que se reciba la autorización.

PAGOS DE LOS PACIENTES: Pagos de los pacientes: Los pacientes que tienen saldos pendientes se facturan mensualmente. Todos los saldos se deberán pagarse 30 días a partir de la fecha de facturación. Cuando el saldo de la cuenta no ha sido pagada dentro de los 30 días siguientes a la oficina de facturación y no se ha puesto en contacto con la oficina en relación con la cuenta, su cuenta puede ser referido a una agencia de colección independiente. En ese caso, la información que es útil y / o necesario para efectuar la recogida será remitida a nuestra empresa de cobro profesional. Una vez que una cuenta ha sido referido a la recogida, la oficina ofrecerá servicios adicionales a la paciente o los familiares del paciente sólo si la cuenta se paga en su totalidad, o se tomen disposiciones para el pago de los saldos adeudados. Todos los gastos incurridos en el proceso de recolección se añadirán a los saldos originales debido.

MÉTODOS DE PAGO: Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, American Express y Discover como pago por nuestros servicios. Los pagos pueden hacerse en persona, por teléfono oa través de nuestra página web <http://www.arrowheadortho.com>. Existe un cargo por \$ 45.00 se cobra por todos los cheques devueltos.

TARGETA DE CRÉDITO REGISTRADA: En el momento del registro de entrada, se le pedirá un número de tarjeta de crédito para mantener en el archivo. Cuando su seguro procesa su reclamo médico y nos avisa de su parte, un representante AO le llamará para confirmar la cantidad debida y obtener su aprobación verbal para el cargo. Una copia de la carga (recibo) será enviada por correo o si lo prefiere, por correo electrónico.

He leído y entendido con claridad y de acuerdo con las disposiciones de esta política financiera. También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo y solicitar, de mi compañía de seguros, pago de prestaciones a Arrowhead Orthopaedics por los servicios prestados.