



A Division of ENT and Allergy Associates of Florida

(Nombre del paciente en letra impresa)

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento Financiero

Por medio del presente, autorizo al mencionado cesionario a que divulgue toda la información que sea necesaria para garantizar el pago.

Certifico que la información que proporcioné para el pago por mi(s) plan(es) de seguro es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información sobre mí, ya sea médica o de otro tipo, a que le comunique al plan que se identificó anteriormente, a sus intermediarios u operadores cualquier información que sea necesaria para esta u otra solicitud de reintegro del seguro. Solicito que los pagos por beneficios autorizados se realicen en mi nombre a favor de ENT and Allergy Associates of Florida, P.A.. Le cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos al médico u organización que preste los servicios y autorizo a dicho médico/organización para que presente una solicitud de reintegro en mi nombre ante la compañía de seguros identificada anteriormente.

Comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos ya sea que mi compañía de seguros los haya pagado o no, incluyendo cualquier deducible, copago y coaseguro y que los pagos deben hacerse en el momento en que se prestan los servicios.

Comprendo y acepto que en caso de que no cumpla con el pago por los servicios que se me proporcionaron, mi nombre y cuenta podrán ser enviados a un abogado o a una agencia externa de cobranzas y acepto pagar la comisión de cobro adicional del 30% con respecto al monto pendiente adeudado, incluyendo cualquier costo judicial u honorarios razonables de abogados en los que se pueda incurrir por la cobranza de todo saldo pendiente.

Consentimiento de Privacidad

Me proporcionaron una copia o acceso a la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Consentimiento para el Tratamiento

Por medio del presente, otorgo mi consentimiento para atención ambulatoria en el ENT and Allergy Associates of Florida, P.A. que incluye procedimientos diagnósticos de rutina, exámenes y tratamiento médico que involucra, entre otros, exámenes de laboratorio ordinarios (tales como exámenes de sangre, orina u otros estudios), estudios por endoscopio, tomografías computarizadas (Computer Tomography, CT), evaluación de audiología, pruebas y tratamientos para alergias, así como la administración de medicamentos recetados por el médico. Comprendo que los procedimientos y pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente son distintos de mis visitas al consultorio y pueden estar sujetas a un deducible o coaseguro.

Adicionalmente otorgo mi consentimiento para la realización de aquellos procedimientos diagnósticos, exámenes y administración de tratamientos médicos por los médicos y sus proveedores de nivel intermedio, incluyendo audiólogos, asistentes médicos o sus representantes cuando sea necesario según el criterio del médico.

Mensaje del Consentimiento

Nuestra política establece que debemos notificarle oralmente a usted, el paciente, sobre todos los resultados que ordene su proveedor de cuidados y confirmar las citas programadas. Al indicar su respuesta a continuación, autoriza a nuestro personal para que le dejen un mensaje detallado en su buzón de voz o máquina contestadora. **Marque su respuesta:** **Sí** **No**

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____



A Division of ENT and Allergy Associates of Florida

(Nombre del paciente en letra imprenta)

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para los PBM

Al firmar el presente formulario de consentimiento, autorizo a ENT and Allergy Associates of Florida, P.A. a que solicite y utilice mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores a las farmacias para fines relacionados con el tratamiento.

Los Administradores de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefits Managers, PBM) son administradores externos, programas de recetas médicas, cuya responsabilidad principal es procesar y pagar las solicitudes de reintegro por medicamentos. También desarrollan y mantienen formularios que son listas de medicamentos prescindibles que cubre un plan de beneficios particular.

Recordatorios de las Citas

ENT and Allergy Associates of Florida, P.A. utiliza un sistema de recordatorio de las citas externo para notificarle a los pacientes sobre sus próximas citas a través de correo electrónico, mensajes de texto y teléfono.

Reconocimiento de los Formularios de Consentimiento

Yo, el paciente, por medio del presente he leído y comprendido los siguientes:

- Consentimiento financiero
- Consentimiento de Privacidad
- Consentimiento para el Tratamiento
- Consentimiento para el PBM
- Mensaje del Consentimiento

Adicionalmente, reconozco que se me permitió realizar preguntas con relación a dichos Consentimientos.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Consentimiento de Medicare (aplica SOLO para los beneficiarios de Medicare)

Certifico que la información que proporcioné para la solicitud del pago de conformidad con el Título SVIII o el Título XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquiera de los poseedores de información médica o de otro tipo sobre mí, para que le comunique a la Administración del Seguro Social o a sus operadores intermediarios, cualquier información que sea necesaria para esta u otras solicitudes de reintegro relacionadas de Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos/audiología. Comprendo que soy responsable por mis deducibles y coaseguros correspondientes al seguro de salud.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

