

Autorización y divulgación para TODOS los pacientes: Permiso que se usen copias de esta autorización en lugar del original.

Entiendo que:

- Como paciente, soy responsable de la factura, independientemente de cualquier cobertura de seguro y de que todos los saldos vencen al recibo de la factura.
- Si tengo una visita al consultorio, mi copago se debe al momento del servicio. Si no tengo seguro médico, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos y que planeo pagar o cobrarme por cualquier pago pendiente. saldos de acuerdo con
- Entiendo que mi seguro puede no cubrir todos los cargos considerados médicamente necesarios por Alonso Medical
- También entiendo que soy responsable de cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por mi seguro y se me facturarán directamente por esos servicios.
- Se me cobrará \$ 25 por cualquier tarifa de cheque de devolución si mi banco devuelve mi cheque a Alonso Medical and Wellness
- Se me cobrará \$ 50 por una cita que no se presente y que no se canceló dentro de las 24 horas. Se me cobrarán \$ 75 después de que no haya aparecido 3 veces. Esto debe pagarse antes de su próxima visita. Si repetidamente no presento o cancelo las citas, se me puede pedir que busque otro médico.
- Cualquier copia de los laboratorios / notas que solicite pagaré \$ 1.00 por página durante las primeras 25 páginas y. 25 centavos después.
- El reabastecimiento de recetas requiere una visita al consultorio, la farmacia debe llamar, no enviar recetas por fax con cualquier problema con una receta.

Yo autorizo:

- Uso de este formulario en todos mis reclamos de seguro y divulgación de información a mis compañías de seguros.
- El médico actúa como mi agente para ayudarme a obtener el pago de las compañías de seguros.
- Divulgación de información médica protegida sobre los servicios prestados por médicos y empleados de Alonso Medical and Wellness Center.

Consentimiento para tratamiento

Yo, _____ (escriba el nombre) estoy buscando voluntariamente atención médica y tratamiento de Alonso Medical and Wellness, doy permiso al médico para que me examine, haga diagnósticos y me brinde tratamiento de acuerdo con la información, explicaciones y recomendaciones que brindan yo.

Firma del paciente: _____ Fecha: __/__/__