

**SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER**  
**NUEVO FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

<b>Nombre legal:</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> /    /
<p><b>Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica:</b>  Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico. Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada a la División de los Servicios de la Familia, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas compañías, y/o de la persona (s) alistada responsable, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los benéficos para otros servicios relacionados.</p>	
<p><b>Consentimiento Para Inmunización:</b>  Doy el consentimiento para que mi niño/a reciba todas las inmunizaciones recomendadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Entiendo que esta clínica sigue las guías del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades para el horario, la dosis, y las vacunas particulares en la administración de estas inmunizaciones.</p>	
<p><b>Política de Cuentas Financieras:</b>  Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito</p>	
<p><b>Divulgación de la cobertura de seguro:</b>  También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercer partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.</p>	
<p><b>Reconocimiento de servicios:</b>  Al firmar a continuación, yo reconozco que Salina Family Healthcare Center ofrece un modelo de cuidado integral donde evaluación y consulta de comportamiento de salud será parte del cuidado brindado al paciente – en un ambiente centrado –al paciente.</p>	
<p><b>Responsabilidad y Derechos del Paciente y del Centro:</b>  Yo reconozco que he recibido una copia de la forma de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro de Saliana family Healthcare Center. Le pedimos a usted reconocer el recibo de este documento, firmando a continuación. Usted debe mantener una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; sin embargo, si desea recibir otra copia usted puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actual de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; estará puesta en nuestra oficina. Yo reconozco que he recibido una copia de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro del centro de mi proveedor médico <u>19 de mayo de 2016</u>.</p>	
<p><b>Aviso de Prácticas de Privacidad:</b>  Mantener privacidad de su información de salud es muy importante para nosotros. Le han pedido repasar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Le pedimos que reconozca su recibo de este aviso firmando abajo. Usted debe guardar una copia del Aviso; sin embargo, si usted desea recibir otra copia usted puede pedir una copia en cualquier momento. La copia más actual de este Aviso estará puesta en nuestra oficina. Reconozco que recibí una copia del Aviso de mi proveedor medico de las Prácticas de Privacidad <u>7 de julio de 2016</u>.</p>	
<b>Firma del Padre/guardián legal:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>

For Office Use Only
Form Processed by: _____