

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ANUAL Y CONSET

Nombre legal:	Fecha de nacimiento / /
<p>Asignación de Beneficios y Autorización Para Revelar Información Médica: Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro médico 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 médico. 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>Política de Cuentas Financieras: 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>Divulgación de la cobertura de seguro: También he revelado toda la cobertura de seguro médico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro médico del tercer partido será considerada fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.</p>	
<p>Reconocimiento de servicios: 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>	
Firma del Padre/guardián legal:	Fecha de hoy:

For Office Use Only
Form Processed by: _____