

## ACEPTANZA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA FOR MIEMBRO

### Miembro

Su firma en este formulario da fe que usted reconoce y acepta toda responsabilidad financiera en el caso que algun de las situacion proximas ocurra:

- o
1. Los servicios no esta cubiertos por su plan de seguro medico
  2. Los servicios no han sido aprobados por su plan de seguro medico.

### Servicios

Any service not described as a covered benefit in the member's Evidence of Coverage.

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Numero Cuenta #: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante de  
Ventura Urgent Care: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Acknowledgment of Receipt of Privacy Notice

He sido presentado/a con una copia de las pólizas de privacidad de Ventura Urgent Care, detallando como mi información puede ser usada y compartida en acuerdo con leyes federales y estatales. Yo entiendo el contenido de esta notificación. Doy permiso que una copia de esta autorización sea usada en vez de la original, y pido que el pago de beneficios médicos sea dado a mi o la persona que tome responsabilidad de la asignación. Regulaciones que sean partas de los beneficios de asignación medica pueden aplicar.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no es firmado por el paciente por favor indique la relacion al paciente*

Relacion: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de liberacion de Records Medicos

Yo autorizo a Ventura Urgent Care que liber :

Nombre, direccion, telefono, SS#

Laboratorios

Informacion confidencial de VIH,

Diagnosis/ status salud

Records de vacunas

enfermedades venereas, abuso de

Rayos X / diagnosticos / Resultados

Resultados de examenes

substancias o informacion de salud

Informacion de poliza

Infomacion de empleador

mental

A (nombre de persona o entidad): \_\_\_\_\_

Por medio:  Correo electronico  Correo

Telefono

Otro \_\_\_\_\_

Para el proposito \_\_\_\_\_

Esta autorizacion es efectiva el dia que se firma hasta la fecha

Yo doy permiso a Ventura Urgent Care que libere mis records medicos y entiendo que si me rehuso a firmar la autorizacion, Ventura Urgent Care puede negar servicio

Fecha

Firma Paciente