

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