

Lyon Martin Health Services formulario de consentimiento de la paciente Todos los pacientes: POR FAVOR LEA Y FIRME EL #1 & #2 ANTES DE SU PRIMERA VISITA

1) CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ (Por favor escriba su nombre) estoy voluntariamente buscando atención médica y tratamiento de Lyon Martin Health Services (LMHS) y doy permiso al personal médico y de salud mental de LMHS para examinarme, hacer diagnósticos, y proporcionarme tratamiento de acuerdo con la información, explicaciones y recomendaciones que me proporcionen.

Firma del paciente

____/____/____
Fecha

Nombre del traductor, si es aplicable

Firma del traductor, si es aplicable

2) CONSENTIMIENTO PARA COBRAR

- Si no tengo seguro médico, entiendo que soy responsable de todos los gastos incurridos y que voy a planear pagar o que me cobren por los saldos pendientes, de conformidad con la póliza de facturación LMHS;
- Si se acepta mi seguro, autorizo el pago de beneficios a LMHS o reembolsaré a LMHS si mi portador me paga directamente;
- Por la presente autorizo que LMHS puede proporcionar información acerca de mi enfermedad y el tratamiento a mi portador de seguros de acuerdo con su póliza de confidencialidad;
- Me han informado que las pruebas (análisis de sangre y otras muestras) enviadas a algún laboratorio externo resultarán en cargos adicionales que serán facturados a mi portador de seguros y/o el laboratorio me enviará la cuenta directamente a mí;
- Entiendo que mi seguro podría no cubrir todos los gastos considerados médicamente necesarios por LMHS;
- También entiendo que soy responsable de cualquier parte de los gastos que no estén cubiertos por mi seguro y se me facturará directamente por estos servicios.

Firma del paciente

____/____/____
Fecha

Nombre del traductor, si es aplicable

Firma del traductor, si es aplicable