

Contacto de Emergencia

(ser archivado en el registro médico del paciente)

Por favor escriba el nombre del paciente mas cercano que no vive con usted.

Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

Consentimiento para el Tratamiento de Pacientes y la Divulgación de Informaciones

Autorizo a los Valley Obstetrics and Gynecology sus proveedores del cuidado de la salud y el tratamiento médico. Doy permiso para divulgar mis datos médicos protegidos para los fines de diagnosticar, para proveer el tratamiento que pueda precisar, para recibir el pago de la cuenta que resulte del cuidado medico, o para realizar procedimiento relacionados con el cuidado de la salud. Entiendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de los Procedimiento Medico Sobre las Privacidad de Valley Obstetrics and Gynecology antes de firmar este documento.

Autorización de Privacidad y Condiciones de las Cuenta

Valley OB/GYN Associates pasaran la cuenta del paciente a la compania de seguro medico. Para controlar el costo de contabilidad, pedimos que la cuota de las visita a la oficina lo pague el paciente después de cada visita. Hay un cargo de intereses del 1.75% al mes (21 % APR) con un cargo mínimo de \$1.00 sobre la cuenta después de 90 dias de atraso. **Si hubiera necesidad de referir la cuenta sin pagar a una agencia de colección de cuenta, el cliente es responsable en pagar el 40% extra que cobra la agencia, mas otros honorarios de abogado y costos de las corte.**

Con esto asigno a Valley OB/GYN Associates todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluyendo los beneficios médicos mayores que me correspondan. Esto incluye Medicare, seguro medico privado, y otros planes de salud. Acepto la responsabilidad de pagar la cantidad deducible, el seguro adicional o cualquier otra cantidad que el seguro no pague.

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____