

**Formulario de Autorización**

**Asignación de Beneficios de Medicare a fin de permitir la Declaración de Beneficios del Seguro de Salud y / o el médico a Pioneer Clínica de Salud y Proveedores.**

Yo certifico que la información dada por mí en solicitar paymen bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o portadores cualquier información necesitada para este o un reclamo médico relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por el médico y / o de nivel medio (Enfermera o Asistente de Doctor) Equipamiento proveedor u organización de los servicios o proveedor autorizado o la organización a presentar una reclamación de Medicare para el pago a mí. Entiendo que soy responsable de cualquier seguro de salud con deducible y coaseguro:

**Responsabilidad Financiera.**

Yo entiendo que, independientemente de mis beneficios de seguro asignados, yo soy el responsable de la carga total de todos los servicios prestados y estoy de acuerdo en respetar la actual política pago Clinic. Yo entiendo que, en el yo soy incapaz de pagar en su totalidad en el momento de servicio es prestado, Pioneer Healthcare Clinic puede aquiry de mi historial de crédito para evaluar mi capacidad crediticia. Además, entiendo que las cuentas pendientes de pago del paciente pueden devengar intereses (1,5%) por mes /18% al año) y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos de interés tales, además de cualquier cantidad no pagada por cualquier otra cobertura de seguro. Yo, además entiendo que debería convertirse en deliquent esta cuenta y se hace necesario el de la cuenta para ser referido a un abogado o agencia de colección para colleccion traje, me comprometo a pagar todos los honorarios de abogado razonables y / o gastos de recogida.

**Seguros Assignados**

En consideración de los servicios rendidos o deba prestar, por este medio irrevocablemente asignar y traslado al Pioneer Healthcare Clinic, Mesquite, Texas cualquier beneficios por pagar o por mi beneficio bajo hospitalización, la enfermedad, la responsabilidad, la indemnización, auto o seguro de accidentes, y cualquier otra cobertura para el pago de dichos servicios prestados. Estoy de acuerdo en cooperar, ayudar y asistir a la clínica en la obtención de todos los beneficios de seguros posibles, incluyendo la iniciación de todas las disposiciones de la póliza de seguro de dichas empresas puedan requerir para el pago. Entiendo que es mi responsabilidad al proveer los cargos no pagados de conformidad con esta asignación

**Autorización para la atención**

Por la presente autorizo al personal de Pioneer Clínica de Salud para administrar dicha atención / tratamiento que sea necesario sobre la base de la assesment proveedores clínico y diagnóstico. Entiendo que dicha atención puede incluir el tratamiento médico y sirugias y de laboratorio, y la prueba radiológica. Certifico que no es garantía de seguridad se ha hecho a los resultados que pueden obtenerse

**Autorización para la Divulgación de Información**

Por la presente autorizo Pioneer Clínica de Salud de revelar la información necesaria de mi expediente médico para los siguientes partidos cuando se le solicite con el propósito tal como aquí se ha establecido, a cualquier proveedor de atención de salud con el propósito de brindar atención contiuing profesional ya cualquier empresa aseguradora pagador tercero (o su agente / s) con el propósito de obtener pago a los empleados, funcionarios y asistir a los proveedores clínicos son liberados de responsabilidad legal o responsabilidad por la información anterior en la medida indicada y autorizada. Entiendo que esta libertad incluye específicamente cualquier y toda la sangre y la prueba relacionada, incluyendo resultados de las pruebas de presencia de reflectina VIH, VHB y otras enfermedades, todo lo cual autorizo específicamente para ser liberados.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Responsable

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha