

Grand Island Dermatology PC
Condiciones de Visitas al consultorio

Nombre de Paciente : _____ **Fecha de Nacimiento :** _____

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo entiendo que es posible tener una condición que requiere procedimientos de diagnóstico, examen físico y / o tratamiento médico. Doy mi consentimiento voluntariamente a tales procedimientos de diagnóstico, incluyendo, pero no limitado a, las pruebas de laboratorio, examen físico y el tratamiento médico que se considere necesario por mis proveedores de atención médica. Además reconozco que no hay garantías se han hecho a mí como a los resultados del tratamiento o examen previstas en el GRAND ISLAND dermatología.

2. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo DERMATOLOGÍA Grand Island a suministrar de mis registros médicos cualquier información o extractos a cualquier compañía de seguros o un tercero pagador pertinente con el fin de obtener el pago de la cuenta, o cualquier prestación de atención entidad para el paciente (médico especialista, hospital, radiología, oncología, patología, centro de imágenes, centro de enfermería especializada, centro de salud, etc.)

3. CUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo, si me registro como el paciente o el representante legal del paciente que, en consideración a los servicios prestados para el paciente, que me obligo individual del paciente y yo para pagar la cuenta. Arreglos que son diferentes de este deben hacerse con la oficina.

Para una descripción más completa de los posibles usos y divulgación de su información de salud para tratamiento, pago y cuidado de la salud, referirse a Grand Island Dermatología *Aviso de prácticas de privacidad*. **(Iniciales)** _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* antes de firmar el consentimiento. Los términos del *Aviso de prácticas de privacidad* pueden cambiar y es posible escribir a nuestra dirección para obtener una copia revisada.

Usted tiene el derecho a solicitar que el proveedor de restringir el uso o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud información sobre su salud; Sin embargo GRAND ISLAND DERMATOLOGÍA no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el proveedor ha tomado acciones de seguridad sobre ella.

Suscribe certifica que él / ella ha leído lo anterior, y es el PACIENTE O está debidamente autorizado por O EN EL NOMBRE DEL PACIENTE PARA EJECUTAR LA ANTERIOR Y aceptación de sus términos.

Firmado: _____ Fecha: _____ Testigo: _____

autorizado para firmar por el paciente: _____ civil: _____

persona autorizada para disponer de información: _____

Relación :: _____

ListaLos médicos le da permiso para Grand Island Dermatología para que revelar información médica a:

¿Tenemostener permiso para:

Póngase en contacto con usted o dejar un mensaje en su casa o teléfono celular con respecto a sus problemas de salud?

SI NO

contacto con usted o dejar un mensaje en su lugar de trabajo?

SI NO