

Resumen de autorización, reconocimiento y consentimiento

Estas autorizaciones / reconocimientos cubren todos los servicios prestados a mí, o al paciente para el que estoy firmando, hoy y todas las fechas de servicio futuras. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante la información de NextCare por escrito, pero si revoco esta autorización, no afectará nada antes de la fecha en que NextCare reciba la revocación.

Lista de verificación de información

- He recibido y leído la Autorización para tratar y facturar sí no
- He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad. sí no
- He recibido y leído los Derechos y responsabilidades del paciente. sí no
- He recibido y leído el Consentimiento para comunicaciones por correo electrónico y correo de voz. sí no

Autorización de divulgación de información

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de NextCare. Autorizo a NextCare a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento; incluidos los resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos, a las siguientes personas / entidades (NextCare no puede divulgar información o registros a los nombres de personas / entidades a menos que los identifique aquí):

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

NextCare usará el número de teléfono de mi casa y la dirección principal proporcionada durante el registro para contactarme con respecto a mi tratamiento; incluidos los resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos. Me aseguraré de que esta información esté actualizada en cada visita.

Consentimiento de comunicación

He recibido una copia del Consentimiento para comunicaciones de NextCare y consentimiento para todas las comunicaciones, incluidos, entre otros, los resultados de las pruebas de laboratorio, los resultados de las radiografías, los registros médicos, las citas futuras y otras comunicaciones sobre mi afección médica y los consejos de NextCare de la siguiente manera significa (marque todo lo que da su consentimiento):

Correo electrónico sí no Dirección de correo electrónico _____

Mensaje de voz sí no Número de teléfono _____

Información del paciente

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de cumpleaños _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Representante de padres _____ Fecha _____

Firma del padre representante* _____ Relación* _____

*(Obligatorio si el paciente es menor de edad o si el paciente no puede firmar este formulario)