

DR. WAYNE A. LEE

NOMBRE DEL PACIENTE/CLIENTE: _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, el abajo suscrito, como paciente (o como el representante debidamente autorizado del paciente) y por la presente voluntariamente consiento a y autorizo el cuidado médico incluido todos los tratamientos de diagnóstico y terapéuticos y las transferencias a otras instalaciones consideradas necesarias o recomendables en el juicio del médico que me está atendiendo, sus asistentes o los designados por el. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han ofrecido garantías de los resultados de los tratamientos o las exámenes desarrolladas en estas oficinas. Yo autorizo al Dr. Wayne Lee o miembros de su equipo a retener, preservar y usar para propósitos científicos, o disponer a su conveniencia, de cualquier espécimen para mí y certifico con mi firma que entiendo y acepto su contenido, salvo lo ya mencionado.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es la política del Dr. Wayne Lee facturar a su compañía aseguradora como una cortesía para usted, aun cuando usted podría ser considerado responsable por la factura completa cuando los servicios son prestados. Si su compañía aseguradora no remite un pago dentro de 60 días, el balance aplicable será entonces cobrado por entero a usted. Al menos que su compañía de seguro médico no tenga un contrato con el Dr. Wayne Lee para pagar basado en un calendario específico de tarifas negociado, usted podría ser considerado responsable por cualquier diferencia restante entre el pago de la compañía de seguro médico y los cargos totales.

Requerimos que los arreglos de pagos estimados de la parte que a usted le correspondería pagar sean hechos hoy. Si cualquier pago es consecutivamente hecho por su compañía aseguradora en exceso del balance de su cuenta, nosotros rápidamente le repondremos la cantidad. Si cualquier pago es hecho directamente a usted por servicios prestados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitir inmediatamente la cantidad al Dr. Wayne Lee.

Sin embargo, si usted está inscrito en una HMO, el informe anterior solo se aplicaría a su co-pago aplicable y/o a cualquier otro cargo no cubierto del que usted haya acordado que es responsable previamente por un tratamiento. Si usted es un paciente de compensación para el trabajador, a usted solo se le hará responsable por los cargos en el caso de que su reclamación sea controvertida (no aprobada por su empleador ni por la compañía aseguradora).

Usted entiende y acepta que si falla en hacer alguno de los pagos por los cuales es responsable de manera temporal, después de tal falta y tras enviar su cuenta a una agencia de cobranza o a un abogado por el Dr. Wayne Lee, usted será responsable por todos los costos de cobranza que se deban incluyendo costos de la Corte, los honorarios de la agencia de cobranza y del abogado. Usted también entiende que es responsable por mantener al Dr. Wayne Lee advertido de cualquier cambio de dirección. Si cualquier correspondencia es devuelta, entiende que la cuenta será considerada delinciente y será enviada a cobranza inmediatamente.

La información anterior ha sido leída y su firma en la parte frontal de esta forma significa que usted entiende que es responsable por el pago de su cuenta.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo autorizo al Dr. Wayne Lee liberar información sobre mi asegurador (es), su agente (s), (incluyendo al empleador, si se trató de una lesión relacionada con el trabajo), sobre mi lesión o incapacidad, mi condición médica, evaluación, tratamiento, historia laboral o cualquiera y toda la información médica que sea necesaria para el pago de mis reclamaciones hospitalarias y médicas, excepto si es diferente a lo previsto por las leyes estatales o federales aplicables.

Este permiso también permite que la información sea liberada para una revisión y otros asuntos contenidos en el reporte médico pertinente a la condición médica o lesión para lo cual yo he buscado tratamiento. Además, este permiso autoriza al Dr. Wayne Lee a hacer públicos mis reportes a cualquier doctor referido para el propósito de continuar el cuidado médico. Esto incluirá todas las notas clínicas pertinentes, pruebas de diagnóstico e información personal. También, cualquier información médica devuelta por el médico referido usada para propósitos de administración del caso puede ser liberada a la lista de entidades arriba descritas.

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento y que esto es válido por un período en el cual sea consistente con la política de informes médicos de VPM y su personal están también liberados de toda responsabilidad legal por liberar información como se describió anteriormente.

Una fotocopia de este documento deberá ser considerada tan válida como el original.

TRASPASO DE BENEFICIOS

Yo por esta cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos abarcando los beneficios médicos mayores a los cuales estoy autorizado, incluyendo Medicare, aseguranza privada y cualquier otro plan de salud al Dr. Wayne Lee. Una fotocopia de este traspaso debe ser considerada tan válida como el original.



Su firma abajo significa que usted ha leído y conoce las políticas explicadas en ambos lados de esta forma concerniente a 1) La liberación de información, 2) El traspaso de beneficios, 3) El consentimiento para tratamiento médico, y 4) La declaración de responsabilidad financiera.

_____	_____
Paciente o parte responsable	Fecha
_____	_____
Representante del Dr. Wayne Lee	Fecha