

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONSENTIMIENTO FINANCIERO

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA? ¿Podemos divulgar su información médica protegida a su: cónyuge, hijos adultos, hermanos/as, abogado, compañía de seguros de vida u otra entidad? En caso afirmativo, escriba su nombre, información de contacto y relación/parentesco.

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Relación/parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Relación/parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR? A continuación indique los elementos que acepta que divulguemos. Para la divulgación de algunos elementos se requiere la firma de un paciente menor de edad. Si acepta que divulguemos toda la información médica, marque solo la primera casilla.

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda la información médica</b>      | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico    | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                  | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica/examen físico         | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Resumen del alta                   | <input type="checkbox"/> Informes de radiología     |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos que tomó/toma actualmente | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos  | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Imágenes médicas           |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio                | <input type="checkbox"/> Informes de consulta  | <input type="checkbox"/> Informes de patología              | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |

Para divulgar la siguiente información se requieren sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) \_\_\_\_\_ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

\_\_\_\_\_ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias \_\_\_\_\_ Resultados de prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

**PERÍODO DE TIEMPO EFECTIVO:** Esta autorización es válida hasta que se produzca la muerte del individuo, el individuo alcance la mayoría de edad o se retire el permiso, lo que ocurra primero; o hasta la siguiente fecha específica (opcional):

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO A REVOCAR:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que las acciones anteriores tomadas sobre la base de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas. Si revoco esta autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **GASTRO HEALTH 9500 S. Dadeland Blvd. Suite 200, Miami, FL 33156 ATTN: Privacy Officer**. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya revelado en virtud de esta autorización ni a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar una demanda conforme a mi póliza.

**CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN POR TELÉFONO MÓVIL:** Al firmar este documento, usted otorga su consentimiento para que su número de teléfono móvil se use con el fin de comunicarse con usted por mensaje de texto o voz a través de un mensaje automatizado o pregrabado para brindarle información relacionada con su atención médica, cuenta o facturas de servicios de atención médica así como información relacionada con servicios de atención médica adicionales que podrían ser de su interés. No es necesario que nos proporcione su número de teléfono móvil para estos fines.

Si no ha proporcionado a Gastro Health su número de teléfono móvil, puede proporcionarlo aquí: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** Su seguro médico es un contrato entre usted y su aseguradora. Cualquier cargo no pagado por su aseguradora por cualquier motivo es su responsabilidad. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro, incluidas las limitaciones del plan, la diferencia entre los beneficios de atención preventiva o de detección y los beneficios del procedimiento de diagnóstico y la necesidad de derivaciones o autorizaciones previas. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios, identificar sus responsabilidades financieras y autorizaciones previas antes de su cita en su nombre; sin embargo, esto no constituye una garantía de pago. Le facturaremos a su seguro todos los servicios que proporcionamos; sin embargo, le exigimos que pague cualquier parte de su responsabilidad financiera por la atención médica, incluidos, entre otros, copagos, deducibles o coseguros, antes del servicio. Es posible que ciertos servicios prestados por nuestra oficina, para su beneficio, no estén cubiertos por su plan de seguro. Gastro Health sugiere que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprender qué servicios no están cubiertos, ya que estos serán su responsabilidad financiera. Tenga en cuenta que si obtiene una póliza del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y recibe un subsidio, pero no paga su prima durante el período de gracia, su atención médica será completamente su responsabilidad financiera. CIERTOS SEGUROS O EMPLEADORES PUEDEN TENER UNA RED ESTRECHA QUE EXCLUYE A SU MÉDICO. SI NUESTROS SERVICIOS SE CONSIDERAN FUERA DE LA RED Y SU PLAN DE BENEFICIOS NO TIENE BENEFICIOS FUERA DE LA RED, ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS. CONSULTE CON SU PLAN ANTES DE SU VISITA.

**CARGOS ADMINISTRATIVOS:** Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos por cualquier motivo (consulte con el personal del consultorio los cargos específicos que se cobran). No reparar el cheque devuelto puede resultar en una acción legal. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas con menos de 24 horas de anticipación, para visitas al consultorio y 48 horas para procedimientos, puede resultar en una tarifa de acuerdo con las políticas aplicables de la oficina o la instalación. Además, se puede cobrar una tarifa por completar formularios (consulte con el personal del consultorio para conocer las tarifas específicas que se cobran) y copiar registros médicos de acuerdo con las leyes estatales.

**PAGO:** Gastro Health se compromete a reducir el desperdicio y la ineficiencia y hacer que nuestro proceso de facturación sea lo más simple posible. Requerimos que proporcione una tarjeta de crédito registrada en nuestro consultorio. Realizamos pagos a través de una aplicación de servicios comerciales segura, compatible con HIPAA y PCI. La seguridad de su información privada es nuestra prioridad. Para su protección, solo los últimos 4 dígitos de su tarjeta aparecerán en el sistema. Procesaremos su pago automáticamente, enviándole un recibo por correo electrónico (si tenemos uno registrado). Su capacidad para disputar los cargos de su compañía de seguros no se verá comprometida. Los pacientes sin seguro o los pacientes que no autorizan que se mantenga una tarjeta de crédito en el archivo para los saldos de la cuenta deberán realizar el pago completo el día de la visita.

**SALDOS ABIERTOS:** Es posible que tenga saldos pendientes para más de una ubicación dentro de la práctica. Nos reservamos el derecho de cobrar los saldos de cualquier subsidiaria de Gastro Health. Nota: Los pagos con tarjeta de crédito solo se aceptan en nuestras oficinas o a través de nuestro sitio web y no se procesarán si se envían por correo a nuestra oficina central de facturación. Los pacientes que no cumplan con nuestras políticas financieras pueden ser enviados a cobranzas, incurrir en costos adicionales hasta el 25% del saldo y ser despedidos de nuestra práctica. Los saldos identificados en la cuenta se pueden reembolsar solo durante la última semana del mes.

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE:** *Al firmar a continuación, entiendo y acepto las políticas financieras de Gastro Health, incluida la política de tarjeta de crédito registrada. Autorizo el uso de mi tarjeta de crédito para los saldos pendientes solo después de que mi seguro haya procesado mi reclamo, pero no más de seis (6) meses después de mi visita. Doy permiso a Gastro Health, para que aplique pagos a cualquiera de los saldos de sus ubicaciones. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de los servicios que recibo de Gastro Health. Si no cumplo con mi responsabilidad financiera, entiendo que se me pueden cobrar tarifas adicionales incurridas en el proceso de cobranza, incluso de agencias de cobranza de terceros.*

**AUTORIZACIÓN Y FIRMA:** He leído este formulario y acepto el uso y la divulgación de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**FIRMA X** \_\_\_\_\_  
Firma del individuo o del representante legal autorizado del individuo

\_\_\_\_\_  
FECHA

Nombre en letra de molde del representante legal autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Si es representante, especifique la relación/el parentesco con la persona:  Padre/madre del menor de edad  Tutor  Otro \_\_\_\_\_

**FIRMA X** \_\_\_\_\_  
Firma del menor de edad

\_\_\_\_\_  
FECHA