CASCADE EYE CENTER
www.cascadeeye.com

Autorización de Consentimiento del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:
Doy mi consentimiento voluntario para la prestación de atención, incluido el tratamiento y la realización de procedimientos de diagnóstico. Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico tratante y es responsabilidad del personal llevar a cabo la instrucciones de dicho médico.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:
Al firmar este formulario, está otorgando consentimiento a Cascade Eye Center, LLC para usar y divulgar su salud protegida información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona más información detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información médica protegida. Tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado por llamando a nuestra oficina al 541-296-110 1. Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos y divulgamos sus información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a otorgar su solicitud. Sin embargo, si decidimos conceder su solicitud, estamos sujetos a nuestro acuerdo. Tienes derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información médica protegida en función de su consentimiento.

CONSENTIMIENTO DE MEDICARE Y MEDICAID PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:
Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título **XVIII** y / o el Título **XI** de la Ley del Seguro Social es correcto. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí, a divulgarla a la Administración del Seguro Social o sus proveedores intermediarios, cualquier información necesaria para este o reclamo relacionado con Medicare o Medicaid.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Cascade Eye Center. Yo Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios no cubiertos, cualquier deducible restante y copagos. Yo tambien autorizo Cascade Eye Center para divulgar cualquier información requerida en el procesamiento de mis reclamos.

_____ _____
Nombre del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Paciente / Garante Fecha

Cualquier persona mencionada a continuación tiene mi permiso para autorizar tratamiento médico para mí / este paciente. Estas mismas personas tengo derecho a hablar sobre mi atención médica con representantes de la práctica con fines de tratamiento, facturación y operaciones.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____