



325 Sacramento Street
San Francisco, Ca. 94111
415.321.4674 office
415.321.4677 fax

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SALUD PACIENTE CONSENTIMIENTO FORMULARIO

Entiendo que bajo el Acto Seguro de Salud Portabilidad & Responsabilidad de 1996 (“HIPAA”), yo tengo ciertos derechos de privacidad en respecto de mi protegido información de salud. Entiendo que esta información puede ser y será usada para:

- Llevar a cabo el plan, y dirigir mi tratamiento a múltiples proveedores de salud que puedan estar directamente o indirectamente involucrados
- Obtener pago de seguro a terceros
- Llevar a cabo el funcionamiento de asistencia de salud

Yo he sido informado por SFAMI o he recibido y he leído y entiendo su *Aviso sobre Practicas de Privacidad* que contiene en completo una descripción de los usos y divulgación de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Aviso sobre Practicas de Privacidad* de vez en cuando y yo puedo contactar esta organización cuando sea a la dirección de arriba para obtener una copia más reciente del *Aviso sobre Practicas de Privacidad*.

Entiendo que puedo pedir por escrito tener restricciones en como mi información puede ser usada, o divulgada para tratamiento, y pago de asistencia de salud. También entiendo que ustedes no están obligados aceptar mis restricciones que he pedido, pero si ustedes las aceptan entonces están obligados a cumplirlas.

Consentimiento para los Servicios Diagnósticos:

Yo he sido informado de las razones de estos servicios. Comprendo y autorizo a SFAMI para proceder con este servicio.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____
Dirección

_____ Ciudad Estado Código Postal

No. de Teléfono: (_____) _____ No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Ocupación : _____

Dirección de Trabajo: _____ No. de Teléfono:(_____) _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal

En caso de emergencia a quien notificamos: _____ No. de Teléfono: (_____) _____

Yo autorizo a SFAMI de obtener información médica la cual sea pertinente a mi o la de (si no es usted, indique el nombre del paciente y su relación) _____, para la interpretación, evaluación, y funcionamiento de los servicios ofrecidos por SFAMI.

(Over)

Asignación de Reclamo:

Yo autorizo SFAMI de proveer a mi compañía de seguro toda la información, lo cual mi compañía de seguro puede pedir lo que sea pertinente con mi condición médica. Yo asigno a SFAMI todos los pagos médicos, a los cual tengo derecho y están relacionados con este servicio. Entiendo que estoy responsable en pagar los cargos que mi seguro no cubra.

Acuerdo Financiero:

Pago Privado: Yo comprendo que al firmar como paciente o agente del paciente, me comprometo ser responsable de pagar a SFAMI cargos de este servicio que mi seguro no cubra. Yo entiendo que esta cantidad debe ser pagada cuándo el cobro ha sido recibido.

Cobertura de Seguro Médico: Yo certifico que la información dado a mí para aplicar por un pago bajo el seguro del gobierno o seguro privado es correcta. Cualquier cargo que no sea pagado o cubierto por mi seguro entre 45 días de entrega del reclamo, sin importar la razón de la demora, será cobrada y tendre que pagar el cobro entre 30 días del recibo. Entiendo que SFAMI verificará mi cobertura de seguro; pero eso no garantiza pago de mi seguro y yo sere responsable por todos los cargos que mi seguro no cubra. Entiendo que es mi responsabilidad de saber los límites de mi cobertura de seguro.

Entiendo que un cargo hasta el 10% del balance se me puede cobrar por pagos atrasados. Esto es en adición de los cargos de cualquier servicio de abogados, cortes, y agencia de colecciones que sean resultados de colectar el saldo.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre de representante

Fecha