

Victoria ENT Associates, LLP
117 medical Drive, Suite #1 Victoria, Texas 77904-3114
Teléfono (361) 573-4331

AUTORIZACIONES: Política financiera de tratamiento – seguro –

El abajo firmante, con la presentación de servicios en esta instalación, solicitar y autorizar la evaluación, diagnóstico, tratamiento y diagnóstico examen o pruebas por mi médico y o su designado de Victoria ENT Associates, LLP.

He leído, entiende y acepta a Victoria ENT Associates, política de LLP financiera. Yo he sido ofrecido/dado una copia de su política financiera. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como aplicables los copagos y deducibles son mi responsabilidad y voy a hacer el pago. Entiendo que a pesar de que he sido citado mi beneficios del seguro, Victoria ENT Associates, LLP es también informándome que la cita no es una garantía de pago y que iba a ser responsable de cargos no remunerados.

Autorizo a mi seguro pagará beneficios directamente a mi médico o Victoria ENT Associates, LLP.

Nombre del paciente: _____ Acct # _____

Fecha: _____

Firma de paciente/responsable partido: _____

POR FAVOR LEA Y COMPLETE EN SU CASO
Autorización de información de salud protegida (PHI)

Las siguientes personas pueden tener acceso a mi PHI hasta el momento en que este acceso es revocado por escrito:

___Entire médica ___Financial registro ___Insurance registro beneficios

Información específica: _____

Persona: _____ relación al paciente: _____

Persona: _____ relación al paciente: _____

Firma de paciente/responsable partido: _____

PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE MENOR (S)

Persona o personas que tienen mi permiso para presentar a mi hijo menor de edad para el tratamiento con Victoria ENT Associates, LLP en mi ausencia hasta el momento en que permiso es revocado por escrito:

Nombre: _____ relación al paciente: _____

Nombre: _____ relación al paciente: _____

Firma de partido padre/responsable: _____