

Asignación de Beneficios

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados serán cargados al paciente y vencen el mismo día de el servicio, a menos que otros arreglos se hayan hecho de antemano con nuestra oficina local. Se someterán los formularios necesarios a las compañías de seguros para solicitar pagos.

Asignación de Beneficios

Asigno todos los beneficios medicos, dental y quirúrgicos para que incluyan los beneficios médicos a los cuales tengo derecho. Autorizo a mi compañía de seguro(s), incluyendo a Medicare, seguro privado y a cualquier otro plan de seguro de salud/médico, y dental a efectuar pagos con cheque directamente al **Florida Departamento de Salud Condado de Pinellas** por servicios prestados a mi/y o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

Autorización para divulgar información

Autorizo al **Florida Departamento de Salud Condado de Pinellas** a: (1) divulgar cualquier información necesaria a compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamiento; (2) Procesar reclamaciones al seguro generadas en el transcurso de exámenes o tratamiento; (3) permitir una fotocopia de mi firma para ser utilizada en el proceso de reclamaciones al seguro por el período de vida útil. Esta orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mi, por escrito.

He solicitado los servicios médicos al **Florida Departamento de Salud Condado de Pinellas** a mi nombre y /o mis dependientes y entiendo que al hacer esta petición asumo la responsabilidad completa de cualquier y todos los gastos incurridos que se realicen en el transcurso de el tratamiento autorizado.

Además, entiendo que los cargos vencen y son pagaderos el día que se prestan los servicios y acepto pagar todos los gastos en su totalidad inmediatamente al presentar una declaración apropiada. Una fotocopia de esta asignación será considerada tan válida como la original.

Imprimir Nombre de el Paciente/Representante Legal

Firma Paciente/Representante Legal

Fecha

Firma Padre/Representante Legal

Relación/Parentesco con el Paciente

Testigo

Fecha