



**Consentimiento para el consentimiento  
de comunicaciones de tratamiento  
Acuse de recibo de aviso de privacidad y  
Autorización para la divulgación de información/asignación de beneficios**

**1. Consentimiento para el tratamiento**

Yo, el abajo firmante, actuando en mi nombre o como representante legalmente autorizado de \_\_\_\_\_ (paciente) consiente por este medio el examen, pruebas diagnósticas y tratamiento por los especialistas en salud digestiva de Florida, LLP, y sus empleados y agentes (juntos, FDHS). Entiendo que el examen físico puede incluir un examen médicamente apropiado de mi área pélvica, y / o recto y doy mi consentimiento para dicho examen. Reconozco que no me han hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier examen, cuidado o tratamiento proporcionado por FDHS.

**2. Divulgación de información y asignación de beneficios**

Por la presente autorizo la liberación de mi información médica, incluyendo información de salud protegida, concerniente a mi tratamiento a cualquier pagador de terceros, incluyendo pero no limitado a planes de salud y aseguradores, Medicare, Medicaid, TRICARE y CHAMPVA para el pago Propósitos.

Además, autorizo el pago de cualquier seguro u otros beneficios que puedan ser hechos en mi nombre por cualquier parte, incluyendo cualquier plan de salud o aseguradora, Medicare, Medicaid y cualquier otro programa de atención médica federal o estatal, directamente a FDHS. Entiendo que esta asignación de beneficios no me exime de mi obligación de pagar FDHS por los cargos no cubiertos por esta asignación o no pagados por seguro o beneficios de atención médica.

Entiendo y acepto, si firmo como agente o paciente, que soy responsable y garantizo el pago de los cargos incurridos por los servicios prestados al paciente por FDHS. Además, entiendo y acepto que seré responsable del pago de cualquier importe deducible, montos de co-pagos o coseguros, o cualquier cargo que no esté cubierto o pagado por el seguro, beneficios de atención médica o pagadores de terceras partes. Acepto que los cheques devueltos estarán sujetos a una cuota de procesamiento de cheques de \$25,00. Autorizo a FDHS y a sus cesionarios a ordenar un informe de crédito al consumidor y verificar otra información de crédito. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado o agencia de cobro para cobro, acepto pagar los costos de cobro, incluyendo honorarios razonables del abogado igual al 32% del saldo pendiente.

Autorizo a FDHS a divulgar la información médica del paciente, incluyendo la prueba del VIH y la información del tratamiento, a otras partes (que pueden incluir a los abastecedores, pagadores, socios de negocio u otras entidades) para el propósito del tratamiento, del pago o de la salud Operaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente o del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal del paciente y relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Consentimiento de Comunicaciones**

\_\_\_\_\_ (inicial) Autorizo a los especialistas de salud digestiva de Florida (FDHS) a dejar mensajes telefónicos para pacientes que pueden contener información médica en el siguiente número (s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (inicial) Autorizo a FDHS a contactar con el paciente en la siguiente dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (inicial) Autorizo a FDHS a compartir la información médica del paciente con \_\_\_\_\_ (Nombre y relación)

**3. Reconocimiento de recibo de aviso de privacidad**

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en que ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de FDHS, que describe cómo usamos y divulgamos su información médica. Usted tiene el derecho de rechazar a firmar este reconocimiento, en el cual caso debemos documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento y la razón por la cual no fue obtenida.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente o del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal del paciente y relación con el paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

I personally delivered the Notice of Privacy Practices to the Patient named above (or authorized representative of the Patient). A written acknowledgment of receipt by the Patient or representative was not obtained for the following reason(s):

\_\_\_\_\_

Office Staff Member \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Signature of Office Staff Member]

\_\_\_\_\_  
[Date]