

**Autorización y acuse de recibo de las prácticas de
confidencialidad y los procedimientos de
facturación de Providence**

Estas autorizaciones/acuse de recibo amparan todos los servicios que se presten, ya sea a mí o al paciente en nombre del cual estoy firmando, hoy y en el futuro. Comprendo que puedo revocar esta autorización informando a Providence por escrito, pero si lo hago, esto no afectará en nada lo que haya ocurrido antes de la fecha en que Providence reciba la revocación.

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de confidencialidad y
autorización para dar información a familiares, amigos u otros**

He recibido una copia del Aviso de prácticas de confidencialidad de Providence. Autorizo a Providence a proporcionar cualquier información acerca de mi tratamiento, incluyendo resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos, a los siguientes individuos o entidades (Providence podría no divulgar información ni registros a personas o entidades a menos que usted las identifique aquí):

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Providence utilizará mi número telefónico de casa y mi dirección primaria proporcionada durante el proceso de registro, para ponerse en contacto conmigo acerca de mi tratamiento; incluyendo resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos. Cada vez que acuda a Providence, me aseguraré de que esta información esté actualizada.

Autorización para dar tratamiento y facturar

Acepto recibir tratamiento de Providence. Si no soy el paciente al que se dará tratamiento, declaro que estoy autorizado para aceptar el tratamiento y la facturación en nombre del paciente que se identifica al pie. Autorizo a Providence a facturar a mi seguro médico por la atención que reciba y a proporcionar cualquier información que la aseguradora requiera para procesar dicha factura. Autorizo el pago de beneficios médicos a Providence, o a los laboratorios externos que se describan al pie, por todos los servicios prestados y facturados por Providence. Comprendo que soy responsable de todos los cargos a los que dé lugar el tratamiento que reciba de Providence. Comprendo que los proveedores de Providence podrían utilizar el servicio del Programa de monitoreo de recetas, sin cargo adicional para mí.

Como cortesía, Providence facturará directamente a mi seguro médico. Si no proporciono a Providence información completa y precisa acerca de mi aseguradora, comprendo que Providence podría no recibir el pago por parte de mi seguro y que, en ese caso, el pago de la factura será enteramente mi responsabilidad. Incluso después de que mi aseguradora pague la factura de Providence, es posible que yo adeude a Providence el pago por servicios que no estén cubiertos por mi seguro médico y acepto pagar por ellos directamente a Providence, de forma expedita. Comprendo que Providence podría enviar muestras para análisis a un laboratorio externo. Autorizo a cualquier laboratorio que realice un trabajo para mí, a que facture a mi seguro médico por sus servicios. Comprendo que mi seguro médico podría no pagar por todos los servicios que proporcione el laboratorio y acepto pagar por el saldo restante, de manera expedita, a cualquier laboratorio externo que me proporcione servicios. Comprendo que Providence no es responsable del pago a laboratorios externos, por los estudios que realicen en relación con mi caso.

Para proteger mi confidencialidad y evitar el fraude, comprendo que si no puedo proporcionar una identificación con fotografía aceptable al momento del servicio, Providence podría decidir no facturar a la aseguradora y podría rechazar el pago con tarjeta de crédito/débito o con cheque. Comprendo que si no pago por los servicios que Providence me proporcione, la factura por el saldo adeudado podría enviarse a una empresa de cobranzas y podría incurrirse en gastos por cobranza de hasta un 25% adicional a la cantidad adeudada por los servicios o el tratamiento proporcionado. Comprendo que puedo ponerme en contacto con Providence para llegar a un arreglo para el pago y que esto puede evitar que incurra en costos adicionales.

Firma _____ Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Nombre del paciente
Representante * _____ Relación con el paciente* _____

*(Obligatorio si el paciente es menor de edad o si no puede firmar este formulario.)