



Formulario de consentimiento

Financiero: Es la política de Queen City Ear Nose and Throat que todos los pacientes paguen su deducible, copago, coseguro y/o cualquier tarifa de servicio al comienzo de cada visita, a menos que se hagan otros arreglos financieros por adelantado. Aunque tenemos contrato con la mayoría de las compañías de seguros, es posible que nuestros servicios no estén cubiertos por su plan de seguro en particular. Una cotización de beneficios no es una garantía de beneficios o pago. Usted será responsable de los saldos impagos de su plan y es posible que se le facturen los saldos pendientes. Es posible que los pacientes con saldos pendientes de más de 90 días no puedan programar una cita hasta que se resuelva el saldo. Los saldos no resueltos se enviarán a cobranza después de que se hayan enviado tres estados de notificación sin pago. Hay un cheque devuelto o cargo por fondos insuficientes por cualquier cheque devuelto de \$50.00.

Reconocimiento de las políticas: Doy mi consentimiento voluntario para todos y cada uno de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de atención médica proporcionados por Queen City Ear Nose and Throat y sus médicos asociados, clínicos y otro personal. Soy consciente de que la práctica de la medicina y otras profesiones del cuidado de la salud no es una ciencia exacta y, además, declaro que entiendo que no se ha dado ni se puede dar ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Queen City Ear Nose and Throat. Acepto que me contacten por correo electrónico o SMS con información relacionada con mi visita, como encuestas, citas o recordatorios de chequeos, consejos de salud o nuevos servicios relacionados con mí o mi familia. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida o la del paciente con el fin de obtener el pago por los servicios prestados a mí o al paciente, el tratamiento y las operaciones de atención médica de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de Queen City Ear Nose and Throat. Reconozco que tengo derecho a una copia impresa de nuestra política de privacidad y que está disponible en el sitio web de la empresa. Autorizo el pago de beneficios médicos a los médicos de otorrinolaringología de Queen City o su designado por los servicios prestados. Doy permiso para obtener todo mi historial de medicamentos/recetas cuando utilice un sistema electrónico para procesar.

Política de cancelación y ausencia: Nuestra práctica tiene una tarifa de \$30 si un paciente no se presenta a una cita programada. Múltiples citas no presentadas o canceladas pueden resultar en una remisión a un médico de atención primaria y/o el despido de la práctica. Las cancelaciones de citas deben realizarse con 2 horas de anticipación a la hora programada.



Permiso para tratar y comunicarse: tenga en cuenta que los pacientes mayores de 18 años deben firmar por sí mismos y enumerar a cualquier miembro de la familia adicional que autoricen para discutir su información en su nombre.

No autorizo a Queen City Ear Nose and Throat a compartir/discutir mi información financiera/de salud con otras personas.

Por la presente autorizo a Queen City Ear Nose and Throat a compartir/discutir mi salud/finanzas información con las personas que se enumeran a continuación.

Si el paciente es menor de edad, por la presente autorizo a la(s) persona(s) a continuación a acompañar a mi hijo para recibir tratamiento médico en Queen City Ear Nose and Throat en mi ausencia.

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Firmar a continuación indica que ha leído y comprende las políticas de nuestra oficina. Al completar este formulario electrónicamente, al ingresar su nombre en el campo de firma, reconoce que este es el equivalente de su firma manuscrita.

Nombre del paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____

(Si el paciente es menor de edad)