



Autorización para Divulgar Información Médica (HIPPA) & información de seguros

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización de Divulgación de información

Cuando el paciente es un niño(a) (menor de 18 años)

La(s) persona(s) que tiene(n) mi permiso para traer a mi hijo (nombre del niño) _____ a su cita

Medica Dental Salud del Comportamiento - incluyendo vacunas, hacer citas y confirmar o cancelar citas es:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre completo	Relación	Teléfono	Autorización para divulgar
			<input type="checkbox"/> Toda la información: Cita, Recogida en farmacia financiera / de facturación, Información de emergencia, Resultados de laboratorio, Examen, Diagnóstico y Mi tratamiento <input type="checkbox"/> Solo información de emergencia <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____
			<input type="checkbox"/> Toda la información: Cita, Recogida en farmacia financiera / de facturación, Información de emergencia, Resultados de laboratorio, Examen, Diagnóstico y Mi tratamiento <input type="checkbox"/> Solo información de emergencia <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____
			<input type="checkbox"/> Toda la información: Cita, Recogida en farmacia financiera / de facturación, Información de emergencia, Resultados de laboratorio, Examen, Diagnóstico y Mi tratamiento <input type="checkbox"/> Solo información de emergencia <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____

Reconocimiento de Recibo de la Póliza de Citas Canceladas

Por favor, agregue sus iniciales

_____ **Política de Citas Perdidas:** Reconozco que he recibido una copia de la política de citas perdidas de CRCHC.

Información de Seguros

SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ Número de grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Seguro Social del Titular de la Póliza: _____ Sex: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ Número de grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Seguro Social del Titular de la Póliza: _____ Sex: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Empleador: _____



Favor de poner sus iniciales después de leer cada párrafo

_____ **Política de Pago:** CRCHC, Inc requiere el pago en el servicio el día mi cita. Este pago incluye deducibles pendientes, copagos, servicios no cubiertos, pagos de tarifas móviles y cualquier cargo restante después de que el seguro haya realizado el pago en su cuenta. Tenga en cuenta que es posible que su seguro no cubra todos sus cargos y que su responsabilidad por cualquier saldo en su cuenta y se le facturará hasta que se pague ese saldo. Este programa permite a los pacientes obtener un descuento en sus cargos o en sus deducibles y coaseguros. El descuento no se aplicará a los copagos de su seguro. Deberá aplicar con el personal de registro con la documentación de los ingresos totales y el número de personas en el hogar. Deberá aplicar cada año y el pago debe realizarse el día de la cita. La firma de este formulario indica que conoce las políticas y procedimientos anteriores y que se le informó del programa gratuito de la escala de descuento. Por la presente autorizo la asignación de todos los beneficios de seguro pagaderos directamente a CRCHC, Inc.

_____ **Autorización para la Divulgación de Información:** Autorizo a Cabarrus Rowan Community Health Centers, Inc a divulgar a mi compañía de seguros o sus agentes de designación cualquier información relacionada con la atención médica (física y / o psicológica), asesoramiento, tratamiento o suministros que me proporcionen con fines de administración, revisión, investigación o evaluación de la cobertura de reclamos y la utilización de los servicios. Autorizo que una copia de esta información sea tan válida como el original. Notificaré a Cabarrus Rowan Community Health Centers por escrito de cualquier información que no quiera que se divulgue.

_____ **Reconocimiento del Intercambio de Información de Salud** El Intercambio de información de Carolina del Norte (HIE) es una forma de compartir información de salud del paciente entre los consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes. El propósito es asegurar que cada proveedor medico tenga la información más reciente disponible de otros proveedores. CRCHC ha decidido participar en el NCHIE más reciente como un medio para compartir los datos de nuestros pacientes entre otros proveedores de atención médica en el estado de Carolina del Norte y puede participar en otros intercambios a medida que estén disponibles. Si no desea que su información sea vista por otros proveedores, existen formularios de exclusión voluntaria en el sitio web de la NCHIE que puede enviar directamente a la NCHIE (www.hiea.nc.gov)

_____ **Referencias/Opción para elegir:** CRCHC es un proveedor de atención primaria y no está equipado para proporcionar todos los servicios médicos que puedan ser apropiados para su atención médica. En algunos casos, CRCHC Inc. puede recomendarle que reciba servicios médicos adicionales, como servicios de laboratorio, servicios de diagnóstico por imágenes o atención especializada de otro proveedor de atención médica. Si esto ocurre, pueda que sea que se le solicite que pague el día del servicio y / o se le facture cualquier saldo en su cuenta con el proveedor de referencia

_____ **Límites de Confidencialidad:** Toda la información que usted divulgue su proveedor médico de CRCHC durante el curso del tratamiento es confidencial y no se revelara a nadie sin su permiso por escrito (o el permiso de sus padres si usted es menor de 18 años). Sin embargo, la ley puede ser justificada cuando se trata de un abuso infantil, abuso de adultos mayores y / o abuso de adultos discapacitados; (2) existe una sospecha razonable de que puede presentar un peligro de violencia para otros; y / o (3) existe una sospecha razonable de que es probable que se haga daño. La divulgación también puede ser requerida de conformidad con un procedimiento legal. Si tiene alguna pregunta sobre los límites de confidencialidad, por favor hable de estas preocupaciones con su proveedor médico de salud del comportamiento antes de firmar este documento

_____ He recibo el Aviso de prácticas de privacidad y Derechos y responsabilidades del paciente: Reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente de las Clínicas Comunitarias de Cabarrus Rowan.

Por favor, firme a continuación que ha leído y entendido todas las políticas y consentimientos.

Nombre del paciente (impreso): _____

Firma: _____ Fecha: _____