



Consentimiento administrativo

Nombre de paciente

DOB: SSN:

MRN: CSN:

Fecha de visita:

HORA:

Preferencias de comunicación:

¿Quisiera recibir recordatorios para citas?: **SÍ** o **NO** (por favor marque uno)

Yo, _____ **certifico** que la información que he proporcionado sobre mi cobertura de seguro es correcta y, además, **autorizo** la divulgación de cualquier información necesaria, incluyendo información médica, para procesar cualquier reclamación a Medicare, la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, o cualquier otro agente necesario para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. **Autorizo** el uso de una copia de esta autorización en lugar del original. Por la presente, autorizo que cualquier pago realizado se realice directamente a Maryland Primary Care Physicians (o, en el caso de los beneficios de Medicare B, a la parte que acepte la cesión). **Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento por escrito. Entiendo** que soy financieramente responsable de cualquier saldo considerado responsabilidad del paciente.

Mi firma abajo también **indica mi consentimiento** para el tratamiento médico de mi persona o

_____ [incluya nombre de paciente] como paciente de Maryland Primary Care Physicians, L.L.C.

Firma del suscriptor, beneficiario o responsable y autoridad (por ejemplo, poder notarial, padre, etc.)

Fecha

Por favor añada iniciales

_____ Las citas perdidas y las cancelaciones tardías reducen la disponibilidad para otros pacientes, lo que aumenta los tiempos de espera. Si no puede asistir a una cita programada, infórmenos lo antes posible, idealmente antes del día de la cita. Puede cancelar por teléfono o por MyChart. Las citas perdidas con frecuencia pueden resultar en el despido de la clínica.

_____ He leído, comprendo y acepto la Política Financiera de MPCP, versión 3.0 y acepto la responsabilidad del pago de todos los honorarios/cargos incurridos con Maryland Primary Care Physicians, LLC.

_____ Mi firma anterior también reconoce la recepción del Aviso de pPrácticas de Privacidad de MPCP/PMG.

_____ He leído, comprendido y acepto la Política de información para pacientes sobre visitas médicas preventivas, versión 3.0, y reconozco que el proveedor puede cobrar un cargo adicional por el tratamiento de problemas médicos no preventivos, además del examen preventivo.