



Consentimiento Administrativo

Nombre de paciente

DOB: SSN:

MRN: CSN:

Fecha de visita:

TIEMPO:

Preferencias de Comunicación:

¿Quisiera recibir un recordatorio de cita?: **SÍ** o **NO** (marque una opción con un círculo)

Yo, _____ **certifico** que la información que he proporcionado con respecto a 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 de Seguridad Social y la Administración de Financiación de Atención Médica, y/o cualquier otro agente necesario para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. **Permito** que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Por la presente **autorizo** a que cualquier pago presentado se haga directamente a Maryland Primary Care Physicians (o en caso de beneficios de Medicare B a la parte que acepte la asignación) **Entiendo que la autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento por escrito. Entiendo** que soy financieramente responsable de cualquier saldo que se considere responsabilidad del “paciente”.

Mi firma abajo también **indica mi consentimiento** para recibir tratamiento médico para mí o

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

Firma del abonado, beneficiario o responsable y autoridad (p.ej., POA, padre, etc.)

Fecha

Yo he **leído, entiendo y acepto** la Política Financiera de MPCP, ver 2.0 y acepto la responsabilidad del pago de todos los honorarios/cargos incurridos con Maryland Primary Care Physicians, LLC. **Iniciales** _____

Mi firma arriba también **confirma que he recibido** la Notificación de Prácticas de Privacidad de MPCP/PMG. **Iniciales** _____

Yo he **leído, entiendo y acepto** la Política de Información al Paciente sobre Visitas Médicas Preventivas, ver 3.0 y reconozco que el proveedor puede facturar cargos adicionales por el tratamiento de problemas médicos no preventivos, además de exámenes preventivos. **Iniciales** _____