



FOUNDATION SURGERY CENTER OF DICKINSON

Consentimiento para la admisión y el tratamiento

Solicito la admisión al Foundation Surgery Center of Dickinson y autorizo al recurso, al personal, a los médicos, al podiatrist y al dentista a proporcionar a cuidado rutinario, y realizo el procedure(s) siguiente:

o cualesquiera procedimientos de diagnóstico u operativos para administrar tratamientos y los anestésicos de la radiografía como puede ser necesario en el curso del tratamiento arriba del haber nombrado, a los médicos y a los servicios de la facturación de physician.s, compañías de seguros (o sus agentes) para los propósitos del reembolso, y/o otras instituciones u organizaciones que realizan pruebas especiales o que proporcionan el equipo o el transporte especial, y/o al estado local o a las agencias federales de acuerdo con leyes aplicables.

Yo (nosotros) autoriza por este medio el número de la Seguridad Social del paciente arriba nombrado para ser dado a la fabricación de cualquier dispositivo médico que deba recibir, de acuerdo con leyes y regulaciones federales. Entiendo más lejos que mi número de la Seguridad Social se puede utilizar por el fabricante para ayudar a localizarme si hay necesidad de entrarme en contacto con con respecto a cualquier dispositivo médico recibido. Yo (nosotros) release/versión por este medio el Foundation Surgery Center of Dickinson de cualquier defecto que pueda resultar del desbloquear de esta información.

Yo (nosotros) HACE el ____ NO ____ autoriza este recurso y o mi médico y o cirujano a la fotografía / al vídeo ni no permite a otras personas a photograph/vídeo para los propósitos tales como puede ser juzgado necesario.

Yo (nosotros) HACE el ____ NO consentimiento del ____ a la presencia de estudiantes, de residents/fellows y o de vendedores en el cuarto de funcionamiento a observe/assist el procedimiento. Estoy enterado que solamente el cirujano puede conceder este permiso en mi consentimiento.

El Foundation Surgery Center of Dickinson no honra ninguna directivas avanzada predeterminada. Si usted tiene cualquier pregunta satisfice charla a su médico o anesthesiologist.

Su médico puede ser un socio en propiedad de este recurso, si usted quisiera ver que una lista de nuestros propietarios satisfaga pregunte a la recepcionista.

Los médicos y otros médicos licenciados independientes pertinentes (e.g., dentista, podiatrist, etc.) y/o servicios contraídos independientes (e.g., enfermeras, techs de la radiología, etc.) el practicar en el recurso se licencia y se califica para practicar en el estado de Tejas. Estos médicos proporcionan a asistencia médica en este recurso, pero no son agentes o los empleados del Foundation Surgery Center of Dickinson se centran.

Acuerdos Financieros: Para servicio a esto realizar o ser realizar para paciente por Foundation Surgery Center of Dickinson cirugía centro debajo signed si como paciente, agente o garante, convenir y prometer pagar cargar para cuidado tan proporcionar paciente por Foundation Surgery Center of Dickinson cirugía centro de acuerdo con Facility.s entonces actual estándar tarifa y todo coste incurrir en en collecting mismo, junto con attorney.s honorario, que recurso juzgar necesario y razonable required hacer cumplir derecho recurso.

Asignación de las ventajas de seguro al Foundation Surgery Center of Dickinson: Como o a nombre de los asegurado bajo seguro especificar en del registro los documento of del paciente, y de otra manera pagadero además (presente y las derecha además y los dinero debido o para convertir en debido therefrom llamar Contract enderezar, abajo firmar irrevocable asignar y transferir to al recurso del contrato las derecha, y a las orden y ordenar tal insurer(s) para pagar todo dinero debido o para llegar a ser debido debajo directo recurso o su cesionario. Para efectuar tal pago el recurso se constituye y se designa irrevocablemente en hecho con potencia de la substitución, de demandar o de otra manera de recoger y de colocar cualquier demanda bajo derechas del contrato como los asegurados sin aviso adicional o aprobación de asegurados y de endosar en el nombre de los asegurados el cualquier cheque o el otro instrumento para el pago de dineros debajo.

Si el asegurado recibe los dineros directamente para el insurer(s), iguales serán sostenidas en confianza y transferidas inmediatamente al recurso para las cantidades debidas. Esta asignación es irrevocable con interés hasta el pago completo y completo de todos los dineros debidos el recurso y sus afiliados de este acontecimiento de la admisión o de otra manera. El dinero recibido por el recurso de insurer(s) u otras fuentes de los terceros, menos el costo en procurar iguales, será deducido de la cantidad principal debida para los servicios rendidos al paciente. Si las cargas no cubiertas por el seguro no pueden ser pagadas por completo cuando la deuda, debajo de firmado conviene en la petición de firmar un interés del cojinete de la nota promisoría en la tarifa legal máxima de pagar toda la deuda no pagada, si el crédito es aprobado.

Asignación De Seguro de enfermedad: Certificación de Patient.s, autorización de release/versión la información y la petición del pago. Certifico que la información dada por mí en solicitar el pago bajo título XVIII del acto de la Seguridad Social está correcta. Autorizo cualquier sostenedor de la información médica u otra sobre mí que release/versión a la administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o portadores cualquier información necesitada para este o las demandas relacionadas de Seguro de enfermedad. Solicito que el pago de ventajas autorizadas esté hecho en mi favor.

Yo (nosotros) el infrascrito certifica que I (nosotros) ha leído y entiende completamente este Conditions Del tratamiento. Forma.

Paciente Firma _____
Fecha

El paciente es menor de edad y tiene _____ años de edad Y/O no puede consentir porque: _____

Relativo / Autorizado Agente _____
Fecha

Testigo _____
Fecha