

YOUR FAMILY MEDICAL GROUP

ORTHO EXPRESS
by URGENT CARE
Berwick, Sandfly, Midtown & Wilmington Island

URGENT CARE
of Berwick, Sandfly, Midtown & Wilmington Island

PRIMARY CARE
Savannah

Autorización para Tratamiento

Autorizo al médico y al personal de Urgent Care de Your Family Medical Group a tratarme a mí o a la persona de quien tengo responsabilidad. Entiendo que este consentimiento para tartar incluye mi consentimiento para pruebas médicas, procedimientos y otros servicios y suministros que se consideren aconsejables; y puede incluir, entre otros: anestesia, patología, radiología y otros servicios de diagnóstico e imágenes, y otras pruebas y servicios especiales, incluidas pruebas para enfermedades transmisibles y toxinas, según lo indique el médico responsable de mi atención durante mi visita a Your Family Medical Group. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se me han hecho garantías ni promesas en cuanto a los resultados del examen, la atención o el tratamiento en Your Family Medical Group. Reconozco que es importante para mí proporcionar Información precisa y completa sobre mis síntomas, medicamentos, uso de drogas y otra Información, y que no hacerlo puede afectar negativamente mi atención. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad o tengo preguntas o inquietudes, puedo preguntarle al personal del centro o comunicarme con Your Family Medical Group como se indica en el aviso. Autorizo a Your Family Medical Group, o sus agentes, a divulgar información médica u otra información a mi compañía de seguros, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, o sus proveedores, según sea necesario para determinar el pago de estos o servicios relacionados.

Solicito que el pago autorizado por mi compañía de seguros, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, o sus proveedores, se realice en mi nombre a Your Family Medical Group por los servicios proporcionados por dicho grupo. Certifico que cualquier información que proporcione relacionada con mi elegibilidad para cobertura o pago es precisa y completa. Entiendo que debo notificar a Your Family Medical Group sobre cualquier cambio en la cobertura del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de los pagos de los servicios prestados durante la visita si no tengo cobertura de seguro o si tengo cobertura y el pago oportuno no es hecho. También entiendo que si tengo un copago por este servicio, será pagadero Si debo obtener una autorización para la visita de hoy y no lo he hecho, acepto asumir toda la responsabilidad financiera. Si recibo algún servicio adicional de especialistas, hospitales u otros proveedores de atención médica en relación con esta visita o como resultado de ella, esos cargos también pueden ser mi responsabilidad, a menos que mi compañía de seguros lo autorice previamente según lo requiera. Entiendo y acepto que las facturas de los saldos adeudados de los pacientes pueden enviarse por correo electrónico directamente a la dirección de correo electrónico proporcionada al registrarse. Entiendo que este consentimiento para tratar incluye mi consentimiento para pruebas médicas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que se consideren aconsejables; y puede incluir, entre otros: anestesia, patología, radiología y otros servicios de diagnóstico e imágenes, y otras pruebas y servicios especiales, incluidas pruebas para enfermedades transmisibles y toxinas, según lo indique el médico responsable de mi atención durante mi visita. a Su Grupo Médico Familiar. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se me han hecho garantías ni promesas en cuanto a los resultados del examen, la atención o el tratamiento en Your Family Medical Group. Reconozco que es importante para mí proporcionar información precisa y completa sobre mis síntomas, medicamentos, uso de drogas y otra información, y que no hacerlo puede afectar negativamente mi atención. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Your Family Medical Group para leerlo y/o llevármelo a casa en cualquier momento. Entiendo que si deseo obtener más información sobre estas prácticas de privacidad o tengo preguntas o inquietudes, puedo preguntarle

Berwick: 5730 Ogeechee Road, Suite 192 | Savannah, Georgia 31405 | 912.201.1140 (t) | 912.777.6449 (f)

Sandfly: 7360 Skidaway Road, Suite L2 | Savannah, Georgia 31406 | 912.201.1140 (t) | 912.999.6271 (f)

Midtown Primary & Ortho: 310 Eisenhower Dr, Suite 12A | Savannah, Georgia 31406 | 912.201.1140 (t) | 912.417.4348 (f)

Wilmington Island: 212 Johnny Mercer Blvd. St. A | Savannah, GA 31410 | 912.201.1140 (t) | 912.344.4857 (f)

YOUR FAMILY MEDICAL GROUP

ORTHO EXPRESS
by URGENT CARE
Berwick, Sandfly, Midtown & Wilmington Island

URGENT CARE
of Berwick, Sandfly, Midtown & Wilmington Island

PRIMARY CARE
Savannah

al personal del Centro o comunicarme con Your Family Medical Group como se indica en el aviso. Autorizo a Your Family Medical Group, o sus agentes, a divulgar información médica u otra información a mi compañía de seguros, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, o sus proveedores, según sea necesario para determinar el pago de estos o servicios relacionados. hoy. Entiendo que soy responsable de pagar el monto de cualquier descuento impuesto si mi proveedor de seguros o un tercero pagador impone un descuento, que no está autorizado por un acuerdo firmado entre ese pagador y Your Family Medical Group. Ciertas pruebas de laboratorio pueden enviarse a un laboratorio independiente para su procesamiento. Entiendo que puedo recibir una factura separada por estos servicios. Your Family Medical Group utiliza LabCorp para todos los laboratorios de Send Out. Los servicios de radiología pueden generar una factura adicional del radiólogo de Coastal Imaging y DJO, LLC facturará cualquier producto ortopédico especializado. Algunas compañías de seguros requieren autorización previa para ciertos servicios. Autorizo al médico y al personal de Urgent Care of Your Family Medical Group a tratarme a mí o a la persona de quien tengo responsabilidad. Si los procedimientos de recolección son iniciado sobre cualquier saldo pendiente, acepto ser responsable de los costos de cobro, incluidos, entre otros, costos judiciales, gastos y honorarios de abogados, en la medida permitida por la ley. Entiendo que las disposiciones anteriores se aplican igualmente a cualquier individuo para quien esté autorizado a dar consentimiento para el tratamiento, o para quien califico como representante autorizado o agente autorizado según cualquier ley.

Fecha: _____

Paciente o Firma del padre/tutor legal

Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Nombre de Paciente

Dirección: _____ Ciudad/Código Postal _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ @ _____ .com

Razón para visita de hoy: _____

¿Es esta una visita de compensación laboral? (S/N) _____

¿Es esta una visita por un accidente automovilístico? (S/N) _____

¿Ha cambiado de compañía de seguros? (S/N) _____

En caso afirmativo, presente a la recepcionista un nuevo seguro y una identificación.

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____

Berwick: 5730 Ogeechee Road, Suite 192 | Savannah, Georgia 31405 | 912.201.1140 (t) | 912.777.6449 (f)

Sandfly: 7360 Skidaway Road, Suite L2 | Savannah, Georgia 31406 | 912.201.1140 (t) | 912.999.6271 (f)

Midtown Primary & Ortho: 310 Eisenhower Dr, Suite 12A | Savannah, Georgia 31406 | 912.201.1140 (t) | 912.417.4348 (f)

Wilmington Island: 212 Johnny Mercer Blvd. St. A | Savannah, GA 31410 | 912.201.1140 (t) | 912.344.4857 (f)

YOUR FAMILY MEDICAL GROUP

ORTHO EXPRESS
by URGENT CARE
Berwick, Sandfly, Midtown & Wilmington Island

URGENT CARE
of Berwick, Sandfly, Midtown & Wilmington Island

PRIMARY CARE
Savannah

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fechas de tratamiento: _____

Autorizo a Your Family Medical Group a divulgar copias de mis registros médicos a:

1. Nombre/Organización: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

2. Nombre/Organización: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Autorizo la divulgación de información de las siguientes partes de mis registros médicos:

____ Todo

____ Mi información médica SOLO relacionada con: _____

____ Mis registros médicos desde ____/____/____ fecha de servicio

Entiendo que esta información tendrá vigencia durante 180 días después de la fecha de la firma. Sin embargo, entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante notificación oral o escrita al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis registros médicos hayan sido divulgados, el consultorio médico no puede recuperarlos y no tiene control sobre el uso de las copias ya divulgadas.

Por la presente libero a Urgent Care of Berwick de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de mi divulgación autorizada de registros.

Paciente (o representante legal): _____

Fecha: ____/____/____ Relación con el paciente: _____ Testigo: _____

Berwick: 5730 Ogeechee Road, Suite 192 | Savannah, Georgia 31405 | 912.201.1140 (t) | 912.777.6449 (f)

Sandfly: 7360 Skidaway Road, Suite L2 | Savannah, Georgia 31406 | 912.201.1140 (t) | 912.999.6271 (f)

Midtown Primary & Ortho: 310 Eisenhower Dr, Suite 12A | Savannah, Georgia 31406 | 912.201.1140 (t) | 912.417.4348 (f)

Wilmington Island: 212 Johnny Mercer Blvd. St. A | Savannah, GA 31410 | 912.201.1140 (t) | 912.344.4857 (f)