

Aviso de Prácticas de Privacidad
United Community Health Center
630 Ontario Street, Storm Lake, IA

1. Consentimiento para tratamiento
 - a. Yo, el infrascrito, por la presente autorizo voluntariamente a profesionales en el United Community Health Center a administrar cuidado médico. Estoy enterado que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se ha hecho ningunas garantías como resultado del tratamiento o de la examinación en la clínica.
2. Autorización de soltar información
 - a. Autorizo el United Community Health Center para soltar tal información de mi expediente médico como puede ser necesario para la terminación de las demandas sometidas a mi compañía de seguros o agencia.
ENTIENDO QUE EL ACCESO PUEDE INCLUIR LAS DIAGNOSIS Y OPERACIONES O LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y QUE A PETICIÓN DE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS, O AGENCIAS, MI ARCHIVO MÉDICO COMPLETO PUEDO ESTAR CONFORME A REVISIÓN. ADEMÁS, ENTIENDO QUE LAS COPIAS DE MI EXPEDIENTE MÉDICO SEAN OBTENIDAS POR MI COMPAÑÍA DE SEGURO, COMPAÑÍAS O AGENCIA DE SEGUROS.
3. Asignación de beneficios
 - a. En consideración si los servicios recibidos o por ser recibidos en el United Community Health Center, yo me asigno todos los beneficios de seguro debidos por mi. Además, garantizo que la clínica tendrá derecho al importe íntegro del mismo cargo. Cualquier sueldo acreedor se puede aplicar a otras cuentas existentes. Acuerdo por este medio pagar cualquiera y todos los cargos que se excedan o que no sean cubiertos por mi seguro. Esta asignación será irrevocable.
4. Acuerdo de pago
 - a. Por la presente certifico que la información proporcionada es verdadera y que he informado de todas las fuentes de ingresos recibidos para apoyar a mi familia. Estoy de acuerdo plenamente y con prontitud a pagar cualquier cargo o suministrados por las autoridades de salud de la Comunidad de acuerdo con el Centro de las tasas establecidas.

Por este medio reconozco que he recibido o se me ha ofrecido y e negado una copia del documento "Notificación de Prácticas de Privacidad"

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____
Relación: _____ Fecha: _____

Por este medio reconozco que he leído y estoy de acuerdo en cumplir con los puntos enumerados más arriba

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____
Relación: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ MR# _____