

Austin/Georgetown Cancer Centers_{sm}

ASIGNADO DE BENEFICIOS / RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente _____ MRN: _____
Apellido Nombre de Pila Inicia

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ Idioma Preferido: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Otro _____ Religión: _____

Sexo: Mujer Hombre Etnicidad: Hispanos No Hispanos Raza: Indigenas de America Asiatico Negro/Afroamericano Nativo de Hawaii Blanco Otro _____

Telefono: () _____ Primario () _____ Primario () _____ Primario
Casa Celular Trabajo

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Lugar de trabajo del Paciente _____ () _____
Nombre de Compania Telefono

Direccion _____ Ocupacion _____

Persona Responsable: _____ () _____
Nombre Relacion Telefono

Contacto de Emergencia: _____ () _____
Nombre Relacion Telefono

En Relacion Medico: _____ () _____
Nombre Direccion Telefono

Medico de Atencion Primaria: _____ () _____
Nombre Direccion Telefono

A la siguiente persona(s) pueda tener acceso a mi tratamiento y la información de pago:

Por favor, indique el nombre y la relación _____

Seguro Medico Primaria: _____ Suscriptor: _____

Relacion con Paciente: _____ Suscriptor Empleador: _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Grupo _____ # de Poliza _____

Reclamaciones Direccion: _____ Telefono: () _____

Seguro Medico Secundaria: _____ Suscriptor: _____

Relacion con Paciente: _____ Suscriptor Empleador: _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Grupo _____ # de Poliza _____

Reclamaciones Direccion: _____ Telefono: () _____

Voluntades Anticipadas: Estoy incluye un testamento vital, poder medico y de hospital orden de no r sucitar y le permite indicar su elección para la salud si usted est  incapacitado para tomar decisiones. Las voluntades anticipadas no son necesarios a fin de recibir tratamiento medico adecuado en esta instalación, pero si se han ejecutado las voluntades anticipadas debe proporcionar una copia para que se ponga en su expediente medico para asegurarse de que sus deseos son honrados. Si usted est  interesado en aprender más sobre las voluntades anticipadas, pregunte a su profesional de la enfermería.

Por favor marque al menos una.

- Tengo un poder notarial para el cuidado de la salud.
- Tengo un testamento vital (directive a los medicos).
- Tengo una salida del hospital **De No Resucitar**. Entiendo que tengo que usar un dispositivo de identificación aprobado o llevar consigo el documento original de forma visible para que el documento a ser honrado.
- En este momento, no ha ejecutado ninguna de las directivas anteriores y entender que en una situación de emergencia al personal medico sera el responsable de la toma de decisiones con respecto a mi cuidado.

HIPAA Consentimiento para el Tratamiento, Pago y otras Operaciones de atención médica

1. Entiendo que yo soy responsable de los cargos no cubiertos o re-embolsables por los agents previamene mencionados. Estoy de acuerdo que en caso de no pagar, asumire los costos de interes, coleccion, y accion legal (si es requerido).
2. Yo autorizo a mis agentes de seguro ha proporcionar informacion ha Austin Cancer Centers, referente ha mi cobertura o beneficios. Tambien autorizo ha agentes de cualquier hospital, centro de tratamiento, o medicos previos, que proporcionen ha Austin Cancer Centers con copias de cualquier expediente de mi hisotiral medico incluyendo servicios o tratamientos. Tambien autorizo que se proporcione cualquier informacion medica y/o reports relacionados con mi tratamiento ha cualquier agencia federal, estatal o de acreditacion o a cualquier medico o compania de seguro al ser necesario. Tambien estoy de acuerdo en que se revisen mis expedientes medicos con proposito de auditorias internas, investigaciones, y de seguridad de calidad dentro de Austin Cancer Centers.
3. Mi derecho ha recibir pago por todos o todas mas medicinas o contenidos farmaceuticos, procesos de tratamiento, examines, equipo medico de renta, articulos y servicios medicos y de enfermeria incluyendo sus beneficios de seguro medico mayor seran asignados ha Austin Cancer Centers. Este asignado cubre cualquier y todos los beneficious bajo Medicaid, o otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Yo reconozco que este document se compromete legalmente al asignado para cobrar mis beneficios como pago por los reclamos de servicios medicos. En caso de que mis companies de seguro no aceptan el asignado de beneficios o de que los pagos se hayan echo directamente ha mi o mi representante, yo se los asignare al firmar el pago o pagos ha Austin Cancer Centers.
4. Entiendo que mi informacion como Paciente, que resulte de mi tratamiento medico por mi Doctor y esta oficina de Docotores (sin identificarme ha mi o cualquier otro Paciente por nombre o direccion, alomenos que sea permitido por ley) puede ser compartida con terceras personas intersadas. Estas terceras personas incluye ha (a) companias de manejo de cuidados medicos, companias de seguros y otras companias de pago; (b) companias que producen quimoterapia y otras drogas y companias de investigaciones clinicas; (c) agencias de gobierno (como son la Administracion de comida y droga, el Instituto Nacional de Cancer y la Administracion Financiera de Cuidados Medicos); (d) registros federalmente fundados (que en el caso de pacientes que reciban servicios de transplante de **stem cell**) puede incluir que compartan informacion, como mi nombre y direccion, que me identifique como Paciente) y universidades; (e) representantes y agentes de mi plan de beneficios medicos; (f) personas conduciendo revisados de calidad o companerismo o encuestas de satisfaccion del paciente; y (g) otras clinicas o no clinicas que tengan una relacion por contrato con Austin Cancer Centers.
5. Yo doy consentimiento de que se proporcione mi informacion meica protegida ha cualquier medico o lugar de cuidados medicos que estan actualmente participando o que vallan ha participar en mi diagnostico, evaluacion, tratamiento o cuidado por siguiente.

Yo he leido y recibido una copia de esta informacion y acepto los terminus. El duplicado de esta informacion es considerado igual que el original.

**ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO PERMANECERA EN VIGOR HASTA REEMPLAZADO
POR UNA ACTUALIZACION DEL AOB MI ESCRITO**

Firma Paciente

Fecha

Hora

AM or PM (circule uno)

Paciente Firma del Representante

Fecha

Hora

AM or PM (circule uno)

Firma de Representante de Austin Cancer Centers

Fecha

Hora

AM or PM (circule uno)