

# ASIGNADO DE BENEFICIOS/RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre de Pila Inicial de Segundo Nombre Numero Telefonico Numero de Celular*

Domicilio: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Codigo Postal*

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Numero de Beeper: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ M F SS# \_\_\_\_\_ Casado Soltero Divorciado Viudo  
*Sexo Estado Civil*

Lugar de trabajo del Paciente: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Nombre Numero Telefonico*

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Direccion Ocupacion*

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Nombre Relacion Numero Telefonico*

Contacto de Emergencia:  
Esposo/a o Familiar: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Nombre Relacion Numero Telefonico*

Medico que lo/la refirio: \_\_\_\_\_ Medico General: \_\_\_\_\_

Seguro Medico Primario: \_\_\_\_\_ Telefono:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleo del Principal Asegurado: \_\_\_\_\_

Direccion Para Reclamos: \_\_\_\_\_ Nombre del Principal Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

#SS del Principe Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Grupo de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Poliza : \_\_\_\_\_

Seguro medico Secundario: \_\_\_\_\_ Telefono:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleo del Principal Asegurado: \_\_\_\_\_

Direccion Para Reclamos: \_\_\_\_\_ Nombre del Principal Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

#SS del Principal Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Grupo de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_

- Entiendo que yo soy responsable de los cargos no cubiertos o re-embolsables por los agents previamente mencionados. Estoy de acuerdo que en caso de no pagar, asumire los costos de interes, coleccion, y accion legal (si es requerido).
- Yo autorizo a mis agentes de seguro ha proporcionar informacion, ha Austin Cancer Centers, referente ha mi cobertura o beneficios. Tambien autorizo ha agents de cualquier hospital, centro de tratamiento, o medicos previos, que proporcionen ha Austin Cancer Centers con copias de cualquier expediente de mi historial medico incluyendo sevicios o tratamientos. Tambien autorizo que se proporcione cualquier informacion medica y/o reportes 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 expedients medicos con proposito de auditorias internas, investigaciones, y de seguridad de calidad dentro de Austin Cancer Centers.
- Mi derecho ha recibir pago por todos o todas las medicinas o contenidos farmaceuticos, procesos de tratamiento, exámenes, 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 beneficios bajo Medicare, o otros programas patrocinados por el gobierno, seguros provados y cualquier otro plan de salud. Yo reconozco que este documento 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 acepten 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.
- Entiendo que mi informacion como Paciente, que resulte de mi tratamiento medico por mi Doctor y esta oficina de Doctores (sin identificarme ha mi o ha cualquier otro Paciente por nombre o direccion, alomenos que sea permitido por ley) puede ser compartida con terceras personas interesadas. Estas terceras personas incluye ha (a)companias de manejo de cuidados medicos, companias de seguros y otras companies de pago; (b)companias que producen quimioterapia y otras drogas y companies 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. Finalmente, yo doy consentimiento de que se proporcione mi informacion medica protegida ha cualquier medico o lugar de cuidados medicos que esten actualmente participando o que vallan ha participar en mi diagnostico, evaluacion, tratamiento o cuidado pro siguiente.
- 

**Yo he leído 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 PERMANESERA EN EFECTO ALOMENOS DE SER REVOCADO POR MI POR ESCRITO**

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente* \_\_\_\_\_ *Fecha/Hora* \_\_\_\_\_ *AM o PM (circule Uno)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del la Persona Responsable* \_\_\_\_\_ *Relacion* \_\_\_\_\_ *Fecha/Hora* \_\_\_\_\_ *AM o PM (circule Uno)*

**CONFIDENCIAL**







## POLITICA DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Nombre del paciente (Imprimir) \_\_\_\_\_

Numero de registro medico del paciente \_\_\_\_\_

Directivas anticipadas, que incluyen un **Testamento en Vida, Poder de representacion Medica, Hospitalaria y de las ordenes de no Resucitar**, le permite afirmar **SUS** opciones para la atencion de la salud si usted esta incapacitado para tomar decisiones. Es la politica de Austin Cancer Centers (**ACC**) para cumplir las disposiciones de la ley estatal en relacion con el cumplimiento de nuestros pacientes de los deseos como se indica en las instrucciones previas del paciente. Pacientes que previamente han ejecutado directivas estan obligados a proporcionar el **ACC** con una copia de sus directivas. Una copia del documento que se pondra en su historial medico para asegurarse de que sus deseos sean honrados. Por favor, comprenda que usted no esta obligado a tener una directive anticipada para recibir tratamiento medico adecuado en esta instalacion.

Si un paciente decide no tiene una directive anticipada y esta involucrado en una situacion de emergencia, el personal medico se encargara de tomar decisiones relativas a la atencion del paciente. Es la politica del **Austin Cancer Centers** para resucitar todos los pacientes en caso de cardiaca/respiratoria y llevar a cabo procedimientos de mantenimiento de la vida hasta que llegue EMS.

Segun lo confirmado por mis iniciales, he ejecutado a una o mas de los siguientes y yo entiendo que tengo que dar una copia a **ACC**.

- 1. **Poder Notarial Duradero para la salud.**
- 2. **Directiva Vida (para el medico)**
- 3. **Fuera del Hospital No Resucitar Directiva (OHDNR).** Yo entiendo tienen que usar un I.D. dispositivo o llevar el documento original de manera visible a fin de que el documento que se honra.
- 4. En este momento no he ejecutado ninguna de las anteriores directivas y horas, en la recepcion de la informacion proporcionada por el **Austin Cancer Centers** con respecto a las **Directivas Anticipadas**.

# AUSTIN CANCER CENTERS

Experienced specialists. Advanced treatment. The standard for compassionate care.

Date: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

## **Accidentes Expuestos**

Durante el cuidado y tratamiento en nuestra clínica, nuestros empleados podrán exponerse a un accidente de sangre o fluido de su cuerpo. Enfermedades en las que podemos incluir el virus HIV el cual causa AIDS y pueden ser el resultado de un accidente expuesto.

Yo entiendo que en el caso que un empleado se exponga a mi sangre o cualquier otro fluido de mi cuerpo, autorizo que mi sangre sea examinada para el virus de HIV y otras enfermedades lo cual no generara algún costo para mí. Mis iniciales significan que estoy de acuerdo a su proposición.

En nombre de Austin Cancer Centers, les agradecemos su cooperación.

Iniciales de paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **Embarazo**

Por favor comuníquenos si usted esta o existe la posibilidad que este usted embarazada.

Si

No

# AUSTIN CANCER CENTERS

Experienced specialists. Advanced treatment. The standard for compassionate care.

Iniciales de paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

---

**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION DE  
NORMAS  
PARA LA PROTECCIÓN DE PRIVACIDAD**

Austin Cancer Centers se compromete a proteger su privacidad y le asegura que información sobre su salud será utilizada apropiadamente. Esta Notificación de Normas para la Protección de Privacidad identifica los posibles usos y revelaciones acerca de su salud que nuestra organización utilizará y especifica sus derechos con respecto al uso de esta información. Al firmar este documento, Ud. reconoce haber recibido nuestra Notificación de Normas para la Protección de Privacidad.

He recibido una copia de las Normas para la Protección de Privacidad de la organización llamada Austin Cancer Centers

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Representante ( si está indicado):** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante ( si está indicado):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

-----  
PARA USO DE: Austin Cancer Centers  
\_\_\_\_\_

Date acknowledgement received: \_\_\_\_\_

- OR -

Reason acknowledgement was not obtained:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# AUSTIN CANCER CENTERS

Experienced specialists. Advanced treatment. The standard for compassionate care.

---

---

Staff Signature

---

Date