



MVA/LESIONES PERSONALES
Información de facturación de terceros

Accidente de trafico ____ Otra lesion ____

Paciente – completar esta seccion.

1. Nombre del paciente _____ D.O.B _____
 2. Direccion de casa: _____
 3. Ciudad. _____ Estado. _____ Codigo Postal. _____
 4. Fecha de herida. _____ State in which injury occurred: _____
-

Informacion del Seguranca

Fax: _____

Telefono: _____ Contacto: _____

Numero de reclamacion/caso: _____

Cobrar a:

Descripcion de la lesion:

parte del cuerpo afectado _____

Firma del paciente

Fecha de hoy:

(Este formulario es adicional y no reemplaza al formulario de registro del paciente)

MVA / LESIÓN PERSONAL
Third Party Billing Information
Información de facturación de terceros

Consentimiento para Tratamiento, Facturación y Liberación de Información Protegida de Salud

Entiendo que por mi firma a continuación:

- Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para la aplicación de la cobertura de seguro y / o el proceso de reclamos por los servicios prestados por Rural Health, Inc.
- Autorizo el pago de los servicios prestados a ser hechos directamente a Rural Health, Inc.
- Soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.
- Estoy confirmando que he recibido una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" de Rural Health, Inc y "No Show Policy" en mi visita inicial y, si se solicita, en visitas posteriores.
- Yo voluntariamente consiento en el tratamiento, pruebas, medicamentos, servicios de enfermería y otros cuidados prestados por mi proveedor u otro personal de Rural Health, Inc. bajo la autorización de mi proveedor.
- Tengo el derecho de hacer preguntas y recibir información sobre mi cuidado y tratamiento.
- Tengo el derecho de retirar mi consentimiento para tratamiento o pruebas.
- Estoy de acuerdo con los análisis de sangre (incluyendo los de enfermedades contagiosas) cuando el personal de Rural Health, Inc. ha estado expuesto a mi sangre / fluidos corporales.

Paciente (o padre o tutor si el paciente es menor de edad)

Firma _____ Fecha: _____