



Broward Community & Family Health Centers, Inc.

BCOM

BROWARD COMMUNITY
HEALTH CENTERS

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Los abajo firmantes paciente y/o tutores pariente/legales autorizados por la presente consiente a autorizar Broward comunidad & Family Health Centers, Inc., sus instalaciones o tratamiento centros y afiliadas médicos, odontólogos, cirujanos y otro personal médico, para administrar y realizar todos los exámenes médicos y tratamientos que pueden ahora o durante el curso de la atención del paciente ser necesario o conveniente y más de acuerdo con celebrar Broward Community & Family Health Centers, Inc., sus afiliados y personal médico, inofensiva para todos esos tratamientos medicos.

Paciente/Autorizados Guardian:	Relación con el Paciente:	Fecha:
Alex Dueso	Spanish Test 1	03/03/2021

MÉTODO DE PAGO

Cómo va a pagar por su tratamiento? Self, Medicare, Seguros privados

Otro: Test

Acuerdos:

- [x] Estoy de acuerdo a ser responsable del pago de todos los cargos incurridos para mi atención médica en instalaciones de Broward comunidad & Family Health Centers, Inc. o centro de tratamiento y/o sus afiliados. Si tengo seguro privado, estoy de acuerdo a ser responsable de pagar los deducibles, copagos y otros no cubiertos servicios prestados.
- [x] Medicare me cubre actualmente. Estoy de acuerdo a ser responsable de los cargos asociados con el cumplimiento de cualquier deducible de Medicare y el copago de 20 % en todos los cargos de Medicare. Además estoy de acuerdo a ser responsable de pagar los deducibles seguros suplementarios y los copagos y/o de cualquier otros servicios no cubiertos prestados. Por mi firma a continuación:

1. I autorizar la liberación de cualquier otra información médica, incluyendo cualquier tipo de HIV (SIDA), salud mental o abuso de sustancias de prueba (s) y resulta necesaria para procesar todos seguro de salud reclamaciones (actuales y suplementarias) Medicare, Medicaid, compañía de seguros (s), médicos (s), y otro centro de salud o proveedores de atención médica si este servicio puede remitir al paciente. Además estoy de acuerdo liberar Broward comunidad & Family Health Centers, Inc., sus instalaciones, centros de tratamiento, y ha afiliado a personal de la totalidad de responsabilidad legal y responsabilidad que puede derivarse de la liberación de estos registros y renunciar a

todos los derechos que tengo para preservar su confidencialidad.

2. Autorizo a centros de Broward comunidad & Family Health Centers, Inc., sus instalaciones o el tratamiento y sus afiliados, para verificar mi información con mi empleador o empleadores o informar a mi empleador o empleadores en claim(s) de compensación del trabajador.
3. Autorizo a pago de todas las prestaciones médicas directamente a los centros de salud comunitarios y familiares de Broward, Inc., o su centro de tratamiento de instalaciones afiliadas designada como tal.

Nombre y apellido: Alexander Dueso