

ANEXO II

Lagos Regional de Salud

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL CONDADO DE RESIDENCIA

El abajo firmante, entiendo que voy a recibir o haber recibido el centro de salud que se encuentra en el momento del tratamiento, que o bien tienen / tenían ninguna cobertura de seguro, y / o no estoy al tanto de cualquier cobertura de seguro, comercial o de otra manera, a la que la organización de atención médica puede presentar reclamaciones en mi nombre con el fin de obtener el pago y / o beneficios relacionados sobre mi tratamiento de la salud. También afirmo que no soy elegible para los beneficios de servicios de salud para indígenas ni soy un miembro de una tribu de nativos americanos y por lo tanto los Servicios de Salud de la India y / o la Oficina de Asuntos Indígenas no son recursos potenciales para el hospital para presentar reclamaciones para mi tratamiento sanitario en mi nombre. También afirmo que no he servido en cualquier rama de las fuerzas armadas para cualquier período de tiempo, o si he servido en una rama de las fuerzas armadas, la atención médica que estoy recibiendo no es elegible o cubierto por la Administración de Veteranos.

Entiendo que puedo o no puedo tener los recursos financieros personales para pagar los costos de tratamiento de cuidado de la salud y la atención a lo recomendado por mi asistido / el tratamiento médico y, como tal, esta forma se está firmada por mí para autorizar todas las personas, organismos o instituciones (incluyendo esta organización sanitaria y mi médico (s)) para liberar al director de bienestar, auditor, afirma el abogado, y / o comisionados del condado de mi condado de residencia, la información referente a mi número de seguro social, la información médica relacionada con mi tratamiento de salud, y información financiera acerca de mí y / o miembros de mi familia. Esta información será requerida por mi condado de residencia para procesar beneficios en mi nombre para que yo pueda ser elegible.

Al firmar, indico que entiendo completamente este Consentimiento para Divulgación de Información, y estoy voluntariamente firmando a continuación.

Fecha el _____ day de _____, años.

* Paciente Número de Seguro Social * Condado de Residencia

* Representante del Paciente Paciente

* Testigo Testigo

* Cuenta #

* Requerido