

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento del Asegurado Relación con el paciente SSN de asegurado:

Número de ID #

Group#

Cantidad deducible de \$ o Co-pago (Co-insurance / Co-Pay)

Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los gastos médicos incurridos en mi nombre en Minidoka Medical Center, independientemente de la cobertura de terceros. Doy mi consentimiento y autorizo a Minidoka Medical Center a proporcionar información médica a cualquier tercero que pueda ser responsable del pago total o parcial de los cargos incurridos en Minidoka Medical Center. Autorizo a mi compañía de seguros, o a cualquier tercero responsable, a pagar los beneficios directamente al Minidoka Medical Center.

Minidoka Medical Center RHC, bajo la dirección de Minidoka Memorial Hospital, no tiene saldos de pago propio más allá de los 90 días de la fecha de servicio.

x

Fecha

Firma del paciente o padre si menor

MINIDOKA MEDICAL CENTER RHC
1308 8th St. Ste 1 Rupert, ID 83350 (p) 436-4322 (f) 208-436-1312

Nombre: Fecha de nacimiento:
Fecha de hoy

Consentimiento para fotografía

Doy mi consentimiento para permitir la fotografía de mí mismo con fines de identificación y con el fin de mejorar mi documentación de atención médica (es decir, heridas, lesiones, etc.).

Firma aquí

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Autorizo por este medio, Minidoka Medical Center, y cualquier asistente o asociado que pueda ser designado, a realizar atención médica y hospitalaria al paciente mencionado anteriormente

Firma aquí

Fecha de hoy

Prácticas de Privacidad / Discriminación

He recibido/o rechazado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, y se me ha brindado la oportunidad de revisar este documento completo. Minidoka Memorial Hospital and Medical Center no discriminará a un paciente por su raza, color, origen nacional, religión, capacidad de pago o porque un paciente esté cubierto por un programa como Medicaid o Medicare. Si siente que es víctima de discriminación, tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Oficial de Cumplimiento. Los formularios están disponibles en la oficina comercial.

Firma aquí

Consentimiento para el uso del contestador automático y / o del correo de voz / correo electrónico: Doy mi consentimiento para usar mi contestador y / o correo de voz con el fin de transmitir información importante sobre mi tratamiento o atención, incluyendo, entre otros, la confirmación de citas, cambios en la medicación, resultados de pruebas de laboratorio, instrucciones especiales para procedimientos de prueba. También doy mi consentimiento para que los miembros de mi familia reciban esta información en mi ausencia. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que rescinda el consentimiento por escrito.