

Firma del Paciente/Representante del paciente

Fecha de hoy

Personas que pueden llamar y recibir su información médica:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PARA PACIENTES CON MEDICARE: Autorización de Medicare para recibir pagos:

Número de identificación de Medicare:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí, o en mi nombre a Minidoka Medical Center / Rural Health Clinic por cualquier servicio que me proporcione el médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, formalmente a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agentes, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

FIRMAFECHA

_____ FECHA _____

AUTORIZACIÓN COMPLEMENTARIA PARA RECIBIR PAGOS

(Firmw SOLO si tiene lin seguro secundario de Medicare)

PACIENTE MEDICARE Número de identificación:

Nombre del titular de la póliza de seguro complementario:

NOMBRE DEL SEGURO SUPLEMENTARIO:

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO SUPLEMENTARIO:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a Minidoka Medical Center / Rural Health Clinic por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico / proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Minidoka Medical Center toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

FIRMA

FECHA

Minidoka Centro Médico -RHC

1308 8TH st ste I

Rupest, ID 83350

Teléfono: 208-436-4322

Estimado paciente: Es nuestro deseo de servirle mejor. Con el fin de hacer eso, le pedimos que se tome unos minutos y completar esta forma a la medida de sus capacidades. No se preocupe acerca de cómo completar las cosas que no entiende. En caso de duda, dejar en blanco. Por favor traiga sus preguntas específicas a nuestra atención. Gracias.

Nombre del paciente

Date

Lista 1 0 2 objetivos personales de cuidado de la salud: 1) _____

2) _____
