



Athens Digestive Healthcare Associates

Asif Qadri, MD

1360 Caduceus Way, Edificio 300

Watkinsville, GA 30677

Teléfono 706-850-4985

Fax 706-850-4989

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE CONTACTO DE HIPAA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me rindió y lo siguiente:

Cónyuge: _____

Teléfono #: _____

Niños: _____

Teléfono #: _____

Otro: _____

Teléfono #: _____

Marque si no desea divulgar su información a nadie.

Autorizo a ADHA a llamar: (seleccione)

- Mi teléfono de casa
- Mi teléfono del trabajo
- Mi celular

Si no puede comunicarse conmigo, autorizo a ADHA a: (seleccione)

- Deja un mensaje detallado
- Deja un mensaje pidiéndote que te devuelva la llamada.
- NO DEJES UN MENSAJE

***Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo termine por escrito. ***



Athens Digestive Healthcare Associates

Asif Qadri, MD

1360 Caduceus Way, Edificio 300

Watkinsville, GA 30677

Teléfono 706-850-4985

Fax 706-850-4989

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la información médica protegida. Entiendo que esta información puede ser y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y atención de seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtenga el pago de terceros pagadores designados.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como valoraciones o evaluaciones de calidad, y certificación médica.

Me han informado de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y puedo comunicarme con esta organización en ese momento en las direcciones a continuación para obtener una copia actualizada de los Avisos de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que esta organización restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que la organización no está obligada a aceptar las restricciones de mi solicitud, pero si la organización está de acuerdo, entonces está obligada a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha



Athens Digestive Healthcare Associates

Asif Qadri, MD

1360 Caduceus Way, edificio 300

Watkinsville, GA 30677

Teléfono 706-850-4985

Fax 706-850-4989

POLÍTICA FINANCIERA

Estimado paciente,

Debe tener en cuenta que es financieramente responsable de los deducibles, coseguros, copagos o cualquier cantidad no pagada, no cubierta o denegada por su aseguradora para los médicos antes del día de su procedimiento o cita clínica. Esté preparado para hacer este pago o su procedimiento/cita clínica puede y será reprogramado hasta que se hagan arreglos adicionales. Como cortesía para usted, Athens Digestive Healthcare Associates lo llamará y verificará su cobertura de seguro y precertificará su procedimiento/cita clínica con su compañía de seguros.

Es su responsabilidad como paciente conocer su cobertura de seguro y cómo funciona su plan. Recuerde que la póliza es entre usted y su compañía de seguros. Si tiene preguntas sobre su póliza, llame a su compañía de seguros para obtener una explicación detallada de los beneficios de la cirugía ambulatoria. La endoscopia se considera una cirugía ambulatoria no invasiva según las pautas federales y no es un procedimiento intrahospitalario.

Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de facturación al 706-850-4985.

He leído y estoy de acuerdo con el acuerdo financiero anterior.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha

*** Debe traer efectivo, cheque o tarjeta de crédito/débito para pagar cualquier copago o deducible** *



Athens Digestive Healthcare Associates

Asif Qadri, MD

1360 Caduceus Way, Edificio 300

Watkinsville, GA 30677

Teléfono 706-850-4985

Fax 706-850-4989

Publicación de registros médicos

Fecha: _____

Directo a : _____

Oficina: _____ Fax: _____

Por la presente le autorizo a divulgar mis registros a:

Athens Digestive Healthcare Associates

Oficina: 706-850-4985 Fax: 706-850-4989

Incluir toda la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya brindado.

Imprimir nombre

Firma

Fecha de nacimiento