

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

(PATIENT CONSENT)

Fecha de hoy
(Today's Date)

N.º de cuenta (solo para el personal)
(Account # (for staff only))

Nombre del paciente / Fecha de nacimiento
(Patient's Name/DOB)

Dirección de correo electrónico del paciente
(Patient's Email Address)

Indique los nombres y direcciones de las personas con las que podemos compartir verbalmente su información médica:
(Please provide the name(s) & address(es) of any individuals with whom we may verbally share your medical information:)

Nombre de la persona con la que podemos compartir información: _____
(Name of Individual we can share information with:)

Dirección: _____
(Address:)

Relación / Fecha de nacimiento: _____
(Relationship/DOB:)

Número de teléfono: _____
(Phone#:)

Nombre de la persona con la que podemos compartir información: _____
(Name of Individual we can share information with:)

Dirección: _____
(Address:)

Relación / Fecha de nacimiento: _____
(Relationship/DOB:)

Número de teléfono: _____
(Phone#:)

Por la presente autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists, P.C. o "SOS" a que proporcione toda la información necesaria para completar los formularios de seguros y asegurar el pago. También autorizo que el pago de los servicios médicos o quirúrgicos se envíe directamente a Syracuse Orthopedic Specialists. Por la presente autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists, P.C. a colocar mi firma en el archivo de "Upstate Medicare Claims Division" con el fin de facturar a Medicare. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Soy responsable de todos los gastos médicos no cubiertos por el seguro. Acepto pagar cualquier copago o saldo asociado al servicio, a menos que se hagan otras tramitaciones por adelantado. Asumo la responsabilidad financiera. La correspondencia relacionada con los gastos médicos se enviara a la dirección del titular del seguro. Asumo la responsabilidad de todos los costos de cobranza razonables, incluidos los honorarios de los abogados. **Si cree que su condición es consecuencia de su trabajo, es su responsabilidad informar a su empleador y proveedor. Si se determina que su condición al momento del servicio no es consecuencia de su trabajo, usted será responsable de todos los cargos pendientes hasta el momento en que su condición se establezca como indemnización laboral.** Autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists, P.C. a dejar mensajes en mi contestador automático o correo de voz relacionados con citas o problemas de pago y enviar correspondencia a la dirección proporcionada para el titular del seguro, a menos que se hagan otras tramitaciones por adelantado. Entiendo que SOS utilizará mensajes de texto y correos electrónicos para notificar a los pacientes sobre futuras citas y otras notificaciones importantes si es necesario. Varios proveedores de SOS pueden usar un servicio de registro médico virtual compatible con HIPAA que ayudará a documentar la visita del paciente a través de encuentros registrados seguros. Autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists, PC a acceder a mi historial de medicamentos externo para revisarlo e importarlo a mi historial. Estos datos están encriptados de acuerdo con las regulaciones federales y estatales. Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información médica sobre mí y cualquier otra persona para la que pueda dar consentimiento a mi plan de salud y a cualquier proveedor de atención médica que participe en mi cuidado o en el de dicha persona, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores puedan realizar tratamientos, pagos u operaciones

asistenciales. (** Esto no sustituye a la autorización escrita requerida por la HIPAA para los solicitantes, que no sean de tratamiento, pago u operaciones de atención médica **) Reconozco que tengo derecho a solicitar un acompañante para la visita al consultorio de hoy o cualquier visita futura con SOS. En el caso de que se someta a una cirugía en el centro "Specialists' One-Day Surgery Center" ubicado en Siracusa, Nueva York, y no puedan comunicarse con usted por teléfono para realizar una entrevista preoperatoria, usted permite que el "Specialists' One-Day Surgery Center" discuta los detalles de la llamada con las personas enumeradas en este consentimiento.

*(I hereby authorize Syracuse Orthopedic Specialists, PC (SOS) to release all information necessary to complete insurance forms and to secure payment. I also authorize payment for surgical/medical services to be sent directly to Syracuse Orthopedic Specialists. I hereby authorize Syracuse Orthopedic Specialists, PC to place my signature on file with Upstate Medicare Claims Division for the purpose of billing Medicare. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original. I accept responsibility for all medical charges not covered by insurance. I agree to pay any co-pays and/or balances at the time of service unless other arrangements are made in advance. I accept financial responsibility. Correspondence regarding medical charges will be sent to the address of the insurance holder. I assume responsibility for all reasonable collection costs, including attorneys' fees. If you feel your condition is work related, it is your responsibility to inform your employer and provider. **If it is determined that your condition at the time of service is not work related, you will be responsible for all outstanding charges until such time as your condition is established as workers compensation.** I authorize Syracuse Orthopedic Specialists, PC to leave messages on my answering machine/voice mail pertaining to appointments or payment issues and to send correspondence to the address provided for the insurance holder unless other arrangements are made in advance. I understand that SOS will utilize text messages & emails to notify patients about future appointments and other important notifications if needed. Various SOS Providers may use a HIPAA compliant virtual medical scribing service that will assist in documenting the patient visit through secure recorded encounters. I authorize Syracuse Orthopedic Specialists, PC to access my external medication history to review and import into my chart. This data is encrypted in compliance with federal and state regulations. I consent to the release of any medical information about me and any other individual for whom I can give consent to my health plan and any health care providers involved in caring for me or such individual, as reasonably necessary for my health plan or my providers to carry out treatment, payment or health care operations. (** This does not replace the required HIPAA written authorization for applicants other than treatment, payment, of health care operations **) I acknowledge that I have a right to request a chaperone for today's office visit or any future visits with SOS. In the event you are having surgery at our Specialist One Day Surgery Center located in Syracuse N.Y. and they are unable to reach you by phone to perform a pre-operative interview, you allow Specialists One Day Surgery Center to discuss details of the call with those listed on this consent.*

Entiendo que se espera que lea la Guía del paciente SOS que contiene procedimientos valiosos en el consultorio en www.sosbones.com en la pestaña Información del paciente o que le pida una copia a una recepcionista

Recibí o me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para la Información de Salud Protegida de SOS.

I understand that I am expected to read the SOS Patient Guide containing valuable office procedures on www.sosbones.com under the Patient Info tab or ask a receptionist for a copy.

I have received or was offered a copy of the Notice of Privacy Practices for Protected Health Information of SOS.)

Firma de la paciente
(Patient Signature)

Firma del padre o tutor legal
(Parent/Legal Guardian Signature)

Nombre impreso del padre o tutor legal
(Printed Name of Parent/Legal Guardian)