

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA & ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO

Yo _____ ("Paciente") e sido referido a la clinica Ascend, LLC. por mi doctor. Como un laboratorio, Ascend es uno de mis proveedores de salud que va estar realizando pruebas de las muestras tomadas durante el tiempo que este recibiendo tratamiento. ("Servicios medicos") en la clinica _____. Yo e permitido que mi medico de referencia pueda reveler mi informacion protegida a los proveedores de atencion de salud y planes de salud con el fin de obtener mi tratamiento medico y para obtener pago por el tratamiento. Yo ahora autorizo a Ascend el usar y confiar que la autorizacion medica y formulario despliegue que e firmado para el doctor de referencia con el proposito de prover me servicio medico, obteniendo pago para el servicio medico o para llevar acabo otras operaciones de cuidado de la salud.

Asignacion de las prestaciones del Seguro

En consideracion de los servicios medicos proveidos a mi por Ascend durante el tiempo que recibi tratamiento de _____, Ahora yo asigno y transfiero todos los derechos y los intereses de todos los beneficios pagaderos por los servicios medicos de cualquier plan de salud, o poliza de aseguranza bajo la que tengo derecho de recibir pago por servicios medicos. ("Beneficios"). Tambien asigno, transfiero y doy a Ascend todos los derechos y interes en cualquier y todas las causas de accion relacionadas con el pago de beneficios en comparacion con mi plan de salud o cualquier otro plan de salud, compania de aseguranza, administrador de reclamos o cualquier otra persona o organizacion responsable por la determinacion o pago de beneficios. ("personas responsables").

Representante de Aseguranza Autoridad

En consideracion de los servicios medicos proveidos a mi por Ascend durante mi tiempo con _____, ahora yo designo a Ascend como mi representante autorizado con respecto a pagos de beneficios por servicios medicos. Tambien doy permiso a mi plan de seguro o cualquier persona responsable el discutir o dar cualquier informacion portegida de salud sobre mi, como sea applicable, para Ascend como mi representante autorizado para todos los propositos relacionados al pago de o falta de pago, beneficios para los servicios medicos.

Responsabilidad Financiera

Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por el pago de servicios medicos, y que puede que tenga que pagar algun monto, o el monto total por estos servicios si es que mi plan de seguro o persona responsable no cubre el monto total, o no pagan todo o no pagan apropiadamente.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Si el paciente no es la persona que esta firmando, porfavor complete lo de abajo:

Nombre de la persona que firme abajo: (imprimir con letra molde) _____

Relacion con paciente/Asegurado: _____

Firma de Padre/Tutor: _____

Labcheck/ SPIN MRN#: _____

Clinica Dialysis/ Doctor:

Porfavor complete la forma y mande por email junto a AscendClinicalAOB@aclab.com or

fax junto a: 1 (844) 623-5093.