

**ALF A MEDICAL CLINIC P.A. 2540
ARROWOOD RD. SUITE 110 CHARLOTTE,
NC 28273 PHONE :(704)588-9997
FAX:(704)588-9499**

FORMA DEL CONSENTIMIENTO

Autorizacion para el tratamiento: Me presento 0 a persona para quienes soy guarda, para el tratamiento de diagnostico y otros servicios que son juzgados necesarios por mi medico. Estoy enterado que la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que no hay garantias con respecto al resultado de mi tratamiento..

Autorizacion para el lanzamiento de la informacion: Autorizo la clinica medica de ALFA, P.A. para divulgar todas las partes de mi expediente medico (condiciones psiquiatricas, de la droga y de alcohol incluyendo del abuso, y condiciones relacionadas del SIDA), alas agencias del seguro y de estatal, a los pacientes 0 a otras agencias que repasan la remuneracion del trabajador, .revision de la utilizacion que esta segun los terminos de acuerdo con el patron de los pacientes de la fuente del pago. 'Esta misma informacion se puede divulgar a cualquier organizacion 0 agencia del healthcare que asistan a la continuacion de mi cuidado. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento.

Seguro de enfermedad/certificacion de los pacientes de Medicaid: Certifico que la informacion dada por mi en la aplicacion del pago bajo titulo XVIII y XIX del acto de la Seguridad Social esta correcta. Sol.icito el pago me haga directamente al abastecedor de servicios en mi favor y autorizo el abastecedor para lanzar y toda la informacion necesaria para recuperar este pago.

Asignacion de ventajas: I herby autoriza el pago directamente a la clinica medica de ALFA, P.A. por mis portadores de seguro. En caso que el pago se reciba de mas de un portador que crea un pago exceslvo, entiendo que el pago excesivo sera enviado de nuevo al. partido apropiado. En caso que el pago excesivo sea derecho de mi parte, autorizo la clinica medica de ALFA, P.A. para transferir esto a cualquier equilibrio sin pagar debido a la clinica medica de ALFA, P.A.

Pago de servicios: Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas y honorarios relacionados con el tratamiento y los servicios rendidos a mi por mi medico. Entiendo mas lejos que se espera que el pago a la hora de los servicios para que cada visita de la oficina incluya copagos, deductibles, y cualquier otro servicio no cubierto por mi seguro. Informare a la clinica medica de ALFA, P.A. Y tome las medidas para pagar apagado cualquier equilibrio debido de una manera oportuna.

**ALFA MEDICAL CLINIC P.A.
2540 ARROWOOD RD. SUITE 110
CHARLOTTE, NC 28273
PHONE:(704)588--9997 FAX:(704)588-9499**

preguntas y quejas.

La ley nos requerimos mantener la aislamiento, y proporcionamos de individuos con, de este aviso de nuestros deberes legales y de practicas de la aislamiento con respecto a la informacion protegida de la salud.

Si usted desea mas informacion sobre nuestras practicas de la aislamiento 0 tiene preguntas 0 preocupaciones, entrenos en contacto con por favor en (704) 588-9997

Si usted se refiere que pudimos haber violado las sus derechos de la aislamiento, 0 le discrepa con una decision que tomamos sobre el acceso a su informacion de la salud 0 en respuesta a una peticion 'usted hizo para enmendar 0 para restringir el usa 0 el acceso de su informacion de la salud 0 para hacer que nos comuniquemos con usted por medibs alternativos 0 en las localizaciones alternativas, usted puede quejarse a nosotros que us an la informacion del contacto enumerada en el extrema de este aviso. Usted tambien puede someter una queja escrita a los E.E.U.U. Departamento de lo~ servicios de salud y humanos. Proveeremos de usted la direccion para archivar su queja con el departamento de los servicios de salud y humanos a peticion.

Oficina del contacto: Clinica medica P.A. de Alfa.
Telefono: (704) 588-9997
Direccion: 2540 Arrowood del Oeste Rd., Habitacion 110
Charlotte, NC 28273

Por favor nombres de la obtener sus expedientes lista 3 de la gente que tiene su permiso de medicos:

1. _____
2. _____
3. _____

He leído y 0 he dado una copia de este acto de la aislamiento:

Firma.

Fecha.

Seguro: Si le alistan en uno del cuidado del manejo/de los regimenes de seguros con los cuales la clinica medica de ALFA, P.A. participamos, archivaremos su seguro como servicio a usted. Si no somos un miembro de su regimen de seguros, usted es responsable de un porcentaje mas grande de la cuenta. Si nuestra oficina no oye de su compania de seguros;~ en 30 dias, solicitamos su ayuda en entrar en contacto con a su compania de seguros para resolver el pago retrasamos. Entienda que el regimen de seguros es un contrato con usted y su compania de seguros. Debemos sostenerle responsable de cualquier equilibrio debido.

Contra consejo medico: Entiendo que el doctor esta actuando .en mi mejor interes y de buena fe. Por lo tanto, no sostengo el doctor o la clinica medica de ALFA, P.A. responsable de las consecuencias que pueden resultar de mi tratamiento de rechazo en cualquier momento.

Remision exterior de laboratorios y de radiografias:

Entiendo que mi medico privado puede referirme ocasionalmente a una fuente . exterior para los servicios del paciente no internado. Entiendo mas lejos que la clinica medica de ALFA, P.A. esta realizando estos servicios para mi conveniencia. Por lo tanto no sostengo la clinica medica de ALFA, P.A. o sus agentes (medicos) obligados con respecto a siguen encima de los resultados que han sido pedidos por los medicos exteriores. Entiendo que la clinica medica de ALFA, P.A. hara cada tentativa posible remitir los resultados a mi medico.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO TODA LA INFORMACION ANTEDICHA

FIRMA.

FECHA