



Atlanta Perinatal Associates

www.atlantaperinatal.com

Liberación de información

Esta oficina guarda archivos de lo que se le a cobrado al seguro como una cortesía para el paciente. Sin embargo, se espera que el pago en su totalidad sea hecha al momento de recibir los servicios. Se entiende además que certificación de seguro no es una garantía de pago por el seguro.

Por lo tanto autorizo Atlanta Perinatal Associates y/o su personal para liberar información médica a las compañías de seguros en relación con la enfermedad y el tratamiento. Con esto presente, cedo a los médicos todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable de cualquier/todos las cantidades no cubiertos por mi plan de seguro.

Aviso de privacidad

Confirmo que he revisado y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre Atlanta Perinatal Associates y el aviso de privacidad. A petición, tengo el derecho de obtener una copia de estas prácticas observadas en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento.

Consentimiento informado para la discusión de la información médica y personal

Por favor entienda que usted ha sido referido a Atlanta Perinatal Associates para un ultrasonido de diagnóstico. A entrar a la sala de examen, es posible que haiga una discusión abierta de su historia personal y /o médica. Si usted tiene un invitado que no quiere que escuche su información personal, le pedimos por favor haga que esperen en la sala de espera hasta que se complete su examen. Esto protegerá su derecho a la privacidad y nos ayuda a ofrecerle un mejor servicio. A continuación, le pedimos que marque la declaración que mejor se adapte a sus necesidades.

- Por este medio autorizo para que toda mi información médica y personal se discuta conmigo y con mi invitado
- Yo no quiero que mi información médica y personal se discuta con nadie aparte de mí mismo y opto por tener mi invitado ausente de la sala de examen

Firma

Fecha