



### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Esta oficina presentará reclamos de seguro como cortesía para el paciente. Sin embargo, se espera el pago total cuando se prestan los servicios. Se entiende además que la certificación de los beneficios del seguro no es una garantía de pago por parte del transportista.

Por lo tanto, autorizo a Atlanta Perinatal Associates y / o su personal a divulgar información médica a las compañías de seguros sobre la enfermedad y el tratamiento del paciente. Por la presente, asigno al (a los) Médico (s) todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los montos no cubiertos por mi compañía de seguros. Tenga en cuenta que hay una tarifa de bolsillo de \$ 25 por completar todos los formularios de discapacidad.

.....

### AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD

Por la presente, reconozco que he revisado y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso de prácticas de privacidad de Atlanta Perinatal Associates. Previa solicitud, tengo derecho a obtener una copia de estas prácticas señaladas en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento.

.....

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DISCUSIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y PERSONAL

Por favor, comprenda que ha sido derivado a Atlanta Perinatal Associates para una ecografía de diagnóstico. Al ingresar a la sala de examen, es posible que surja una discusión abierta sobre su historial personal y / o médico. Si tiene un invitado con el que no desea que se analice su información personal, le pedimos que espere en el lobby hasta que se complete su examen. Esto protegerá su derecho a la privacidad y nos ayudará a brindarle un mejor servicio. Le pedimos que firme a continuación indicando que comprende y acepta estos términos.

- Doy mi consentimiento para que toda la información médica y personal se discuta conmigo y con mi invitado.**
- No quiero que mi información médica y personal sea discutida con nadie más que yo y opto por que mi invitado esté ausente de la sala de examen.**

.....

---

Fecha

---

de firma