



NEHALEM BAY
CENTRO DE SALUD Y FARMACIA
CUIDADO COMPASIVO PARA LA COMUNIDAD

Received by: _____
Entered by: _____

885 Nehalem Blvd | PO Box 176 | Wheeler, OR 97147 | 1-800-368-5182 | Fax: 1-844-712-3001 | nehalembayhealth.org

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Lea el siguiente consentimiento en su totalidad y firme abajo. Pueden negarle los servicios si no lo firma.

Doy mi consentimiento para la atención médica y los tratamientos (para mí o para la persona de la que soy tutor) que se consideren necesarios, aconsejables y que soliciten los proveedores de atención médica en Nehalem Bay Centro de Salud. Esto puede incluir, entre otras cosas, análisis de laboratorio, radiografías, servicios de salud mental y de abuso de sustancias.

Por el presente autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar a un tercero pagador toda afección médica o psiquiátrica, afección relacionada con alcohol o drogas y los archivos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento cuando dicho tercero lo exija para usar en su determinación de un reclamo de pago para tal tratamiento o diagnóstico.

Acepto pagar todos los servicios prestados por Nehalem Bay Centro de Salud. Entiendo que soy económicamente responsable de las tarifas de los servicios y los procedimientos realizados o de cualquier otro cargo. Por el presente autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a Nehalem Bay Centro de Salud especificados aquí y que de otra forma sean pagaderos a mí por los servicios descritos, pero sin superar los cargos razonables y habituales por tales servicios.

Autorizo que se use una copia de esta autorización y cesión en lugar del original archivado en la oficina del proveedor médico. Esta cesión será válida hasta que la revoque por escrito.

He leído y entiendo la declaración anterior y mis responsabilidades económicas.

PACIENTE/TUTOR/REPRESENTANTE DEL PACIENTE **IMPRIMIR NOMBRE:** _____

FIRMA: _____

FECHA: _____