



## Consentimiento Anual y Formulario de Reconocimiento

*Este formulario debe de ser completado anualmente para Advocare LLC y escanear a cada archivo de paciente*

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Como usado en este formulario, las palabras "yo," "mío," y referencias similares se refieren al paciente cual nombre aparece arriba, o el padre, tutor legal o otra persona legalmente responsable en nombre de un menor de edad o paciente discapacitado cual es nombrado arriba.

Advocare y sus padres, afiliados, socios, agestes, servicios, colectores de deudas, contratistas independientes, sucesores, subsidiarios y empleados (son definidos aquí como "ADVO CARE" y referidos como "ADVO CARE" o "nosotros") que proveen servicio de salud (referidos colectivamente como "Servicios"). Al usar los servicios o accediendo su cuenta, cualquier receptor de los Servicios acepta y está de acuerdo de ser legalmente obligado a los términos de este Acuerdo al grado que permite la ley.

### Consentimiento General para Examinación y Tratamiento

Yo por lo presente doy consentimiento y autorizo a Advocare y todos sus médicos y personal auxiliar medico para hacer examinaciones medicas y proveer cuidado medico de rutina para todas las visitas. Esto puede incluir diagnostico de rutina y procedimientos de laboratorio y pruebas, administración medica y otro cuidado de rutina por cual mi consentimiento informado no es requerido. Este consentimiento incluye consentimiento y autorización para fotografías u otras imágenes tomados de mi para propósito de identificación, diagnostico, tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. Cualquier fotografía y otras imágenes tomadas de mi serán parte de mi archivo médico. Advocare no usara dichas fotografías o imagen para cualquier otro propósito sin su consentimiento por escrito. Yo entiendo que ciertos procedimientos requieren consentimiento informado específico, y que Advocare me proveerá con información y formularios antes de dichos procedimientos.

### Reconocimiento de Recibir el Aviso de Practicas de Privacidad

Se me ha ofrecido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de Advocare, cual contiene información sobre los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida ("ISP"). Yo entiendo que Advocare tiene el derecho de cambiar su Aviso de practicas de privacidad de tiempo a tiempo y cuando haya un cambio importante hecho, Advocare pondrá el nuevo aviso en sus oficinas. Puedo contactar a Advocare en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de Practicas de Privacidad. También puede obtener una copia en la página web al [www.advocaredoctors.com](http://www.advocaredoctors.com)

### Asignación de Beneficios/Autorización/Aviso de Colección

Yo entiendo que soy responsable por saber los beneficios que mi plan de aseguranza provee. En hacerlo, también es mi responsabilidad de verificar comprobante de aseguranza asegurándome que el personal de oficina tenga la tarjeta de aseguranza mas actual/ valida en mi archivo. También comprendo que co-pagos son debidos al momento del servicio y también soy responsable de pagar cualquier cantidad debida; estas cantidades pueden incluir deducibles anuales y cargos rechazados por mi aseguranza como no cubiertos o no necesarios medicamente. Usted está de acuerdo en reembolsar a Advocare por cuotas de cualquier agencia de colección, cual pueden ser basados en un porcentaje de máximo 40% de deuda agregada a su deuda al tiempo de que fue puesta en colección, y todos los costos y gastos, incluyendo cuotas de abogado razonables, cual fueron agregadas en dichos esfuerzos de colección.

### Consentimiento para contactar

Usted autoriza expresamente, y específicamente consiente permitir, ADVO CARE y/o sus agencias de colección afuera, consejo afuera, o cualquier agente actuando en por o en nombre de ADVO CARE para contactarlo o cualquier beneficiario de los Servicios con mensajes de información acerca de su cuenta, incluyendo, pero no limitado a contactar en conexión con cualquier o todos los asuntos relacionados a cobros no pagados o pasados facturados a usted. Usted esta de acuerdo que ese contacto pude ser hecho a cualquier dirección, teléfono, celular, correo electrónico, o cualquiera otra dirección electrónica que usted o un beneficiario de Servicios haya proporcionado, o puede en un futuro proporcionar a ADVO CARE y a cualquier o todos los números de teléfono facturado en su cuenta o cualquier numero donde usted o el beneficiario de Servicios puede ser localizado por ADVO CARE. Usted expresamente consiente y esta de acuerdo que dicho contacto puede ser usado, entre otros métodos, pregrabados, voz artificial, o otra entrega de mensaje por otro tipo de equipo de teléfono incluye un marcador, sistema automático de marcar, marcador predictivo, sistema interactivo de reconocimiento de voz, o entrega de mensaje de texto por un sistema automático, entrega de mensajes por medio de correo electrónico por un sistema de correo electrónico automático, o cualquier otro método de entrega de mensajes automáticos, incluyendo a números asignados a paginación, celular o servicios móviles, también por cualquier servicio por cual hay un cobro por la llamada o contacto. Portador de mensaje y réditos por data pueden aplicar. Usted esta de acuerdo en proveer información verdadera, actual y completa para contactarlo a usted y cualquier beneficiario de Servicios de ADVO CARE y sus agentes autorizados y de inmediatamente actualizar la información para mantener verdadera, actual y completa. Si usted no quiere que ADVO CARE use estos números de teléfono como métodos para contactarlo usted o beneficiario de Servicios, por favor contáctenos al 856.221.2700 para hablar sobre como podemos comunicarlos sobre su cuenta.

### Registración de Vacunas (si es aplicable)

Nuestra oficina somete data confidencial de vacunas de niños y adultos al Registro de Inmunización de su estado como es permitido por la ley del estado. El propósito de este registro es para mantener un archivo central de la historia de las inmunizaciones del paciente.

### Divulgaciones a Individuos Autorizados

Yo designo a las siguientes personas nombradas abajo como personas involucradas en mi tratamiento médico y/o pago por mi tratamiento médico. Yo puedo revocar esta autorización a cualquier momento, excepto al alcance de donde ha habido acción tomado acuerdo a la autorización original para divulgaciones. Mi revocación debe de ser por escrito, firmado por me o en mi nombre, y entregada a su dirección de oficina. Una copia de esta autorización puede ser usada con el mismo efecto que la original. Esta autorización reemplaza cualquier autorización escrita que haya hecho acerca del uso, liberación y divulgación de mi información médica.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Información de Tratamiento Médico: Si No

Información de Pago: Si No

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Información de Tratamiento Médico: Si No

Información de Pago: Si No

### ***Por favor complete esta sección si el paciente este cubierto por Medicare***

**Para cumplir con las regulaciones de Medicare, por favor complete las siguientes preguntas:**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| ¿Usted o su conyugue esta empleada?                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Tratamiento ha sido autorizado por el V.A.?                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usted o su conyugue tienen otra aseguranza?                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Esta cubierto bajo el Programa de Pulmón Negro?              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usted este discapacitado o tiene enfermedad renal ultimo estado? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Hay cobertura de Medigap secundaria a Medicare?              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿La enfermedad/lesión es resultado de un accidente de auto?       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Hay cobertura de aseguranza primaria a Medicare?             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿La enfermedad/lesión comenzó en le trabajo?                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Hay cobertura suplementa de empleador secundaria a Medicare? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

### Consentimiento y Autorización

Una copia de este consentimiento y reconocimiento puede ser usada en lugar del original. Yo he leído y comprendo los términos de este documento. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi ISP y sobre lo que contiene esta forma. Yo reconozco, consiento y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este documento.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre de Representante Legal (si hay otra persona aparte del paciente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Representante Legal \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_