CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA EN TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGURO Y COMO AUTORIZACIÓN PARA QUE EL PAGO SE ENVÍE A TELEEMC EN P.O. BOX 286154, TAMPA, FL 33630. POR LA PRESENTE ACEPTO LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

ADMINISTRACIÓN Y REALIZACIÓN DE DICHOS PROCEDIMIENTOS, USO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y ESTUDIOS DE CULTIVOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS O RECOMENDABLES EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

REALIZACIÓN DE OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO MÉDICAMENTE ACEPTADAS QUE PUEDAN CONSIDERARSE MÉDICAMENTE NECESARIAS O RECOMENDADAS EN FUNCIÓN DEL JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE O DE SUS ASISTENTES ASIGNADOS. ENTIENDO PLENAMENTE QUE ESTO SE ADMINISTRA ANTES DE CUALQUIER DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO. PROPONGO QUE ESTE CONSENTIMIENTO CONTINÚE EN LA NATURALEZA INCLUSO DESPUÉS DE UN DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO. EL CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN PLENO VIGOR HASTA QUE SE REVOQUE POR ESCRITO. YO, ABAJO FIRMANTE, RECONOZCO QUE TELEEMC UTILIZARÁ Y DIVULGARÁ MI INFORMACIÓN CON EL FIN DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SE DESCRIBE EN EL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD. LA FOTOCOPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO LOS PACIENTES ORIGINALES DE MEDICARE. AUTORIZO DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ A LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL O SUS INTERMEDIARIOS PARA MIS RECLAMOS DE MEDICARE. RECONOZCO QUE SE ME HA DADO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE TELEEMC. ENTIENDO QUE SI TENGO PREGUNTAS O QUEJAS, DEBO COMUNICARME CON LOS OFICIALES DE PRIVACIDAD. CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y CONSENTIMIENTO TOTAL Y VOLUNTARIAMENTE A SU CONTENIDO.

DIVULGACIÓN DEL REGISTRO DEL PACIENTE

POR LA PRESENTE, AUTORIZO AL PROVEEDOR MÉDICO A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ASEGURAR EL PAGO DEL BENEFICIO.

Por la presente autorizo a TeleEMC, LLC a fotografiarme durante el examen, procedimiento o actividad.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE FINANCIERA DE TODOS LOS CARGOS, YA SEAN PAGADOS O NO POR MI SEGURO. ADEMÁS, RECONOZCO QUE, EN CASO DE QUE TELEMEC SE VEA OBLIGADA A CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA AGENCIA DE COBRO O UN ABOGADO, SERÉ RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE COBRO O DE LOS HONORARIOS LEGALES. POR LA PRESENTE, AUTORIZO AL PROVEEDOR MÉDICO A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ASEGURAR EL PAGO DE LA PRESTACIÓN. TAMBIÉN, AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA EN TODOS LOS FORMULARIOS DE LA SEGURO Y COMO AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE PAGO A TELEEMC, APARTADO POSTAL 286154, TAMPA, FL 33630.

Consentimiento de los pacientes, autorización y cesión de beneficios:

ASIGNO LOS BENEFICIOS A PAGAR POR SERVICIOS A TELEEMC cedo a, yo, el paciente / asegurado abajo firmante, a sabiendas, voluntaria e intencionalmente los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, a / k / a Personal Injury Protect y Póliza de seguro de pagos médicos para el proveedor de atención médica del título anterior, entiendo que es la intención del proveedor aceptar esta asignación de beneficios en lugar de exigir pagos en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que este documento permitirá al proveedor presentar una demanda contra la aseguradora por el pago de los beneficios del seguro y buscar daños y perjuicios de la aseguradora según el estatuto de Florida 627.428.

Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de TELEMC. Los médicos y el personal de TeleEMC tienen mi permiso para hablar con cualquier familiar / amigo que designe por escrito en referencia a mi atención médica.

Fecha del accidente: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha

OFICINA DE REGULACIÓN DE SEGUROS DE LA FLORIDA
Oficina de Formularios y Tarifas de Propiedad y Accidentes

Formulario estándar de divulgación y reconocimiento
Protección contra lesiones personales: tratamiento inicial o servicio proporcionado

El profesional médico autorizado o el director médico que suscribe, si corresponde, afirma la declaración numerada 1 arriba y también:

A. No he **solicitado** ni he causado a la persona asegurada, que estuvo involucrada en un accidente de vehículo motorizado, para que se le solicite que presente una reclamación por los beneficios de Protección contra lesiones personales.

B. El tratamiento o los servicios prestados fueron explicados al asegurado, o su tutor, lo suficiente para que esa persona firme este formulario con consentimiento informado.

C. La declaración o factura adjunta está debidamente **completada** en todas las disposiciones materiales y toda la información relevante que se ha proporcionado allí. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida de manera veraz, precisa y sustancialmente completa.

D. La codificación de los procedimientos en el estado de cuenta o factura adjunta esta correcta. Esto significa que ningún servicio ha sido actualizado, desagregado o constituye una prueba de diagnóstico no válida o no médicamente necesaria, según se define en la Sección 627.732 (15) y (16) de los Estatutos de Florida o la Sección 627.736 (5) (b) 6 de los Estatutos de Florida.

Profesional médico con licencia que brinda tratamiento / servicios o director médico, si corresponde (firma de su propia mano):

_____	_____	_____
Nombre (imprimir or escribir)	Firma	Fecha

CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA (EMC)

La persona asegurada que suscribe (o tutor de dicha persona)) afirma:
1. Los servicios o tratamientos que se detallan a continuación fueron efectivamente suministrados. Esto significa que esos servicios ya se han proporcionado.
2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya se han realizados.
3. Ninguna persona me solicitó que buscará ningún servicio del proveedor médico de los servicios descritos anteriormente.
4. El proveedor médico me explicó los servicios por los cuales se reclama el pago.
5. Si notifico a la aseguradora por escrito de un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi aseguradora de vehículos motorizados. Si tengo derecho, mi parte sería al menos el 20% del monto de la reducción, hasta $500.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado según la Sección 817.234 (1) (b), Estatutos de Florida.

Nota: El original de este formulario debe entregarse a la aseguradora de conformidad con la Sección 627.736 (4) (b) de los Estatutos de la Florida y no puede entregarse electrónicamente. El no proporcionar este formulario puede resultar en la falta de pago de la reclamación.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor de la persona asegurada:

_____	_____	_____
Nombre de la persona asegurada o tutor	Firma de la persona asegurada o tutor	Fecha

AVISO DE CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El proveedor médico con licencia abajo firmante declara:

1. El siguiente paciente, tiene una opinión de este proveedor médico, sufrió una **CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**, como resultado de las lesiones del paciente sufridas en un accidente automovilístico ocurrido el _____ (fecha del accidente)

2. La base de la opinión para encontrar una CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA es que el paciente ha sufrido síntomas agudos de gravedad suficiente, que pueden incluir dolor severo, de modo que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente provocar cualquiera de los siguientes: (a) peligro grave para la salud del paciente ; (b) deterioro grave de la función corporal; o (c) disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Por la presente certifico que soy un médico con licencia bajo el capítulo 458 o el capítulo 459, un dentista con licencia bajo el capítulo 466, un asistente médico con licencia bajo el capítulo 458 o el capítulo 459, o un enfermero profesional registrado avanzado con licencia bajo el capítulo 464, y que los hechos anteriores son verdaderas y correctas.

_____	_____	_____
Proveedor médico	Firma del proveedor médico	Fecha

La persona lesionada abajo firmante o el tutor legal de dicha persona afirma:

1. Los síntomas que le informé al proveedor médico son verdaderos y precisos

2. Entiendo que el proveedor médico ha determinado que sufrí una **CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA,** como resultado de las lesiones que sufrí en el accidente de un vehículo motorizado.

3. El proveedor médico me ha explicado a mi satisfacción la necesidad de atención médica en el futuro y las consecuencias nocivas para mi salud que pueden ocurrir si no recibo tratamiento en el futuro.

Paciente lesionado que recibe este diagnóstico o tutor legal de dicho paciente lesionado:

_____	_____	_____
Nombre del asegurado o tutor	Firma del asegurado o tutor	Fech

Revisión Médica

¿Alergias (reacciones a medicamentos, alimentos, etc.)? _____

Medicamentos (nombre, dosis, frecuencia)? _____

Consumo de alcohol: ( ) nunca ( ) sí # _____ por día

Consumo de tabaco: ( ) nunca ( ) sí # _____ por día

Previa historia médica (varicela, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, glaucoma, cáncer, fiebre reumática, etc. .)? _____ ¿

Cirugías previas y hospitalización (por alguna queja)?
_____

Preguntas sobre lesiones

¿Era usted el conductor o el pasajero? _____

¿Llevaba puesto el cinturón de seguridad? ( ) sí ( ) no

¿Estuvo usted en una ( ) colisión frontal, ( ) trasera o ( ) lateral?

¿Estaba en un ( ) semáforo o ( ) señal de alto en el momento del choque?

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le tomó comenzar con la fisioterapia o el quiropráctico?
_____

¿Recibió algún otro tratamiento médico inmediatamente después de la lesión (es decir, hospital, atención de urgencia)? _____

¿Tuvo que ausentarse del trabajo debido a una lesión? _____

¿Qué parte del cuerpo le está tratando el quiropráctico?
_____