

# American Family Care

## SUS DERECHOS HIPAA:

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar a las personas, un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud. Si tiene alguna objeción a la forma que ha recibido, por favor, pida hablar con nuestros HIPAA Oficial de Cumplimiento en persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono: 205-403-8902.

Su firma debajo es sólo reconocimiento que usted ha recibido la notificación de nuestras prácticas de privacidad:

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

## MENSAJES DE TELÉFONO:

American Family Care tiene mi permiso para dejar los mensajes en mi contestador automático o buzón de voz, que se refieren a visitas de seguimiento, resultados de pruebas, citas o llamadas con respecto a mi cuenta. [  ] Sí [  ] No \_\_\_\_\_ Inicial

## MENSAJES DE CORREO ELECTRÓNICO:

American Family Care tiene permiso para enviar mensajes a través de mi correo electrónico, que pueden referirse a lo siguiente: visitas de seguimiento, resultados de pruebas, citas, información relativa a mi cuenta, y la educación general y material de bienestar. [  ] Sí [  ] No \_\_\_\_\_ Inicial

## GARANTÍA DE CUENTA:

*El garante es responsable por el pago de todos los cargos en lo sucesivo, efectuados por el Garante y la familia del fiador.* Si el seguro es presentado por American Family Care el Garante es responsable del pago de seguros y los posibles remanentes. Si no presenta el seguro, el garante es responsable por el pago de impuestos al momento del servicio. Cualquier saldo de más de 30 días de mora se cobrará una cuota anual de 18%. Las tasas no abonadas dentro de 90 días será entregado a nuestra colección de la Agencia. En caso de que American Family Care crea necesario poner mi cuenta con una agencia externa para la recogida, entiendo que la agencia de cobranza puede añadir los costos de recaudación hasta el 33 1 / 3% a la cuenta. Cualquier costo generado por American Family Care a través de medidas legales adoptadas para el cobro de gastos, incluyendo una tasa razonable, será responsabilidad del Garante y el Garante se presente renuncia a los derechos de la exención prevista en la legislación del Estado de Alabama de cualquier otro estado. Los servicios prestados después de que una cuenta ha sido entregada a nuestra agencia de cobro se hará sobre una base de efectivo solamente. Estoy de acuerdo en mantener American Family Care asesoramiento sobre cualquier cambio de domicilio o cualquier otro cambio en la información proporcionada. Yo autorizo la publicación de cualquier información de crédito, incluyendo pero no limitado a, la verificación de empleo y de ingresos como la necesidad de American Family Care o sus agentes.

## Autorización:

Yo, o bien, la presente autorizo a American Family Care y el personal médico para llevar a cabo procedimientos médicos como quirúrgicos y procedimientos que sean necesarios y la publicación de archivos según sea necesario en cumplimiento de la normativa HIPAA para el tratamiento recibido. Entiendo que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tal tratamiento.

Firma del Paciente o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

## RENUNCIA DE SEGUROS / RENUNCIA DE SU PCP:

American Family se compromete a ofrecer lo mejor en atención sanitaria a todos nuestros pacientes. Además, nos estamos esforzando para ayudar a nuestros pacientes mediante la presentación de su seguro. Sin embargo, necesitamos la ayuda de cada paciente en el reconocimiento de si tienen una PCP asignado (Médico de Atención Primaria), que es el personal en nuestras instalaciones.

Si usted está en necesidad de atención médica y su PCP asignado no está disponible, usted tiene la opción de ver el médico de turno o cambiar su PCP para el médico de turno. Usted puede cambiar su PCP mediante una llamada a su compañía de seguros en el número de su tarjeta de seguro. Si usted decide ver el médico de turno, su compañía de seguros le puede cargar un deducible, o no pague cualquier cantidad en su reclamación.

Le enviaremos la factura a su compañía de seguros dentro de los diez días de su visita a nuestra clínica. Su reclamo debe ser tramitado y pagado dentro de 45 días, sin embargo, si el pago de su reclamación se retrasa o se niega por su compañía de seguros, se le puede cobrar por los servicios prestados. Si usted siente que su seguro ha cometido un error al no abonar sus reclamos con prontitud, usted debe llamar a nuestra oficina de facturación de inmediato y háganos saber por qué se retrasa el pago.

\_\_\_\_\_ Inicial