

Firma de Medicaid registrada:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicaid sean realizados a mi nombre a **Pediatric Partners, LLC** por los servicios que me ha brindado el proveedor. Autorizo a todo tenedor de información médica sobre mi persona a divulgarla al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (HHS, por su sigla en inglés), al Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por su sigla en inglés) y a sus agentes toda información, a fin de establecer los beneficios pagaderos por los servicios relacionados, conforme a las reglamentaciones actuales.

Autorización de seguro privado para la asignación de beneficios/divulgación de información:

El/la que suscribe autoriza el pago de los beneficios médicos a **Pediatric Partners, LLC** por los servicios que me ha brindado el proveedor. Comprendo que soy financieramente responsable de todo importe que no esté cubierto en mi contrato. Lo autorizo, también, a divulgar a mi compañía de seguros o a su agente la información relativa a los servicios de salud, asesoramiento, tratamiento o suministros que me hayan sido suministrados. Esta información será utilizada con el fin de evaluar y administrar los reclamos de los beneficios.

Reconocimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por su sigla en inglés):

He leído el Aviso de Prácticas de Privacidad o me lo han explicado. Comprendo este Aviso y he tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre los asuntos que no entiendo.

Autorizaciones para acceder a la información del historial de recetas médicas:

Por medio del presente, autorizo a **Pediatric Partners, LLC**, Inc. a acceder a la información del historial de recetas de medicamentos. Si esta autorización es denegada, este centro profesional no podrá recetarle medicamentos regulados.

Para uso del personal solamente

Se realizaron los siguientes esfuerzos de buena fe, a fin de obtener el reconocimiento:

No obstante, no se obtuvo el reconocimiento por las siguientes razones:

Firma del personal

Comunicación con la familia y los amigos:

Autorizo a Pediatric Partners, LLC., a divulgar la información sobre mi enfermedad y tratamiento a las siguientes personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

La información anterior es verídica, a mi leal saber y entender.

X _____
Nombre: «FirstName» «LastName» DOB: «DOB» _____ Fecha

Firma del paciente, padre o tutor (si el niño es menor de 19 años de edad).