



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO/ PAGO Y REVELACION DE INFORMACION

y

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

y

RECONOCIMIENTO DE LA LIBERACIÓN DE FARMACIA

Nombre Escrito: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

-Autorizo a Scenic Bluffs Community Health Centers a proveer servicios como considera necesario y/o adecuado.

-Autorizo a Scenic Bluffs Community Health Centers a revelar cualquier información médica o de salud a mi compañía o agente de seguro **si es necesario por los pagos de reclamaciones.**

-ENTIENDO QUE SI RECIBO TRATAMIENTO POR **ENFERMEDAD MENTAL, VIH, DISCAPACIDAD DE DESAROLLO, ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL, ESOS HISTORIALES ESTAN INCLUIDOS.**

-Asigno pago directamente a Scenic Bluffs Community Health Centers por beneficios aparte de eso pagado al asegurado.

-Entiendo que estoy responsable económicamente por servicios prestados, o materiales y equipos usados a la amplitud que los beneficios de seguro no se pagan mi cuenta. Este es un propósito obligatorio de familia y nuestros activos materiales y también mis activos individuales deben estar disponibles a satisfacer esta obligación.

-Una fotocopia/ A fotocopia/facsimile de este autorización debe estar tan valido que el original y puede estar cancelada a cualquier tiempo.

-Reconozco que he recibido una copia de la 'Aviso de Prácticas de Privacidad de Scenic Bluffs Community Health Centers.'

-_Autorizo Scenic Bluffs Health Center y es proveedores para ver mi historial de recetas externo a través de Surescripts y / o servicio prescripción Allscripts. Yo entiendo que la historia receta de varios otros proveedores no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser vista por mis proveedores y el personal aquí, y puede incluir prescripciones en el tiempo durante varios años. Mi firma certifica que he leído y entendido el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso.

Firma

Fecha

Nombre escrito de la persona firmando (Si No Paciente) Relación (marque uno): Padre Tutor Legal