FORMULARIO DE INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I **CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR**

Nombre del cliente: _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a darme atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria. Esto puede incluir visitas médicas en la que se obtenga mi historia médica, me hagan exámenes médicos, me administren medicamentos o me hagan análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

PARTE II **CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN** (solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, que incluye información médica, dental, sobre VIH/sida, STD (enfermedades de transmisión sexual), TB (tuberculosis) y prevención de trastornos por abuso de sustancias; información psiquiátrica o psicológica y de administración de casos.

PARTE III **CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE** (solo corresponde para clientes que tengan Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago en conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a la agencia indicada arriba a entregar mi información médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o compañías aseguradoras para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago correspondiente.

PARTE IV **CESIÓN DE LOS BENEFICIOS** (solo corresponde para pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de tales beneficios no debe superar los cargos médicos detallados en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V **RECOPILACIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL**

(Este aviso se entrega de conformidad con la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, se use o se revele mi número del seguro social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del seguro social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI **SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

_____ _____ _____

Firma del cliente/representante | Indicar la relación del representante con el cliente o si este actúa en nombre propio | Fecha

_____ _____

Testigo (opcional) | Fecha

PARTE VII **RETIRO DEL CONSENTIMIENTO**

Yo,_____, RETIRO ESTE CONSENTIMIENTO a partir del ____
.

Firma del cliente/representante Fecha

_____ _____

Testigo (opcional) Fecha

Nombre del cliente: _____

N.º de id.: _____

Original: para archivar; copia: para el cliente Fecha de nacimiento: _____