

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Asignación de beneficios y autorización para divulgar información médica

Por la presente certifico que la información de seguro que proporcioné es precisa, completa y actual y que no tengo otra cobertura de seguro. Cedo mi derecho de recibir el pago de los beneficios autorizados según Medicare, Medicaid o cualquiera de mis compañías de seguros al proveedor o suministrador de cualquier servicio que tal proveedor o suministrador me haya prestado. Autorizo a Privia a que presente una apelación en mi nombre por cualquier denegación de pago o determinación de beneficios adversa en relación con los servicios y la atención prestados. Si mi plan de seguro médico no le paga directamente a Privia, acepto enviarle a Privia todos los pagos de seguro médico que yo reciba por los servicios prestados por Privia y sus proveedores de atención médica. Autorizo a Privia, o a cualquiera que tenga información médica sobre mí o sobre el paciente indicado abajo, para que divulgue a mi plan de seguro de salud la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que si mi plan de seguro no participa en la red de Privia, o si soy un paciente que paga por cuenta propia, es posible que esta asignación de beneficios no se aplique.

Garantía de pago y certificación previa

En consideración de los servicios prestados por Privia y sus proveedores, acepto que soy responsable de todos los cargos por servicios prestados que no estén cubiertos por mi plan de seguro médico o de los cuales soy responsable de pagar según mi plan de seguro médico. Acepto pagar todos los cargos que mi plan de seguro médico no cubre o de los que soy responsable de pagar según mi plan de seguro médico. También acepto que, en la medida permitida por la ley, reembolsaré a Privia todos los costos, gastos y honorarios de abogados incurridos por Privia para cobrar esos cargos.

Si mi seguro tiene un requisito de certificación previa o autorización, entiendo que es mi responsabilidad obtener autorización para los servicios prestados de acuerdo con las disposiciones del plan. Entiendo que si no lo hago, eso podría dar lugar a una reducción o denegación de los pagos de beneficios y que seré responsable de todos los saldos adeudados.

Por el presente, reconozco que recibí la Política Financiera de Privia y el Aviso de Prácticas de Privacidad de Privia. Acepto los términos de la Política Financiera de Privia, la divulgación de mi información a través de HIE* y doy mi consentimiento para que los proveedores de Privia realicen mi tratamiento. Este formulario y esta asignación de beneficios se aplica y se extiende a consultas y citas posteriores con proveedores de Privia.

Consentimiento para el tratamiento. Como paciente de Privia, doy mi consentimiento voluntario para recibir la atención y el tratamiento que los proveedores y el personal de Privia, según su criterio profesional, consideren necesarios para mi salud y bienestar.

Si solicito o inicio una visita de telesalud (una “visita virtual”), por el presente doy mi consentimiento para participar en dicha visita y para que sea grabada, y entiendo que puedo terminar la consulta en cualquier momento.

Mi consentimiento cubre exámenes médicos y pruebas de diagnóstico (incluidas las pruebas para infecciones de transmisión sexual o virus de la inmunodeficiencia humana, si la ley no requiere un consentimiento por separado), incluidos, entre otros, procedimientos quirúrgicos menores (incluidas suturas), aplicación/remoción de yeso y administración de vacunas. Mi consentimiento también cubre el cumplimiento de las órdenes de mi proveedor tratante por parte del personal del centro de atención. Reconozco que ni mi proveedor de Privia ni el personal de ningún centro de atención han dado ninguna garantía o hecho promesas sobre los resultados que se pueden obtener.

Consentimiento para llamadas, correos electrónicos y mensajes de texto.

Entiendo y acepto que Privia puede comunicarse conmigo mediante llamadas automáticas, correos electrónicos o mensajes de texto enviados a mi teléfono fijo o dispositivo móvil. Estas comunicaciones pueden informarme sobre atención preventiva, resultados de análisis, recomendaciones de tratamiento, saldos pendientes o cualquier otra comunicación de Privia. Entiendo que puedo excluirme de recibir tales comunicaciones de Privia y sus socios escribiendo a privacy@priviahealth.com, informando al personal de mi proveedor o visitando “My Profile” (Mi Perfil) en mi Portal de pacientes de Privia.

HIPAA. Entiendo que el Aviso de Privacidad de Privia está disponible en priviahealth.com/hipaa-privacy-notice/ y en el sitio web de mi centro de atención y que puedo pedir una copia impresa en la recepción de mi centro de atención.

Nombre del paciente: _____ Correo electrónico:

→ Firma: _____ Fecha:

Para que lo firme el padre/madre o tutor legal del paciente si el paciente es menor de edad o no es competente

****Aviso: Si usted no quiere participar en el Intercambio de Información de Salud (HIE), es su responsabilidad seguir las instrucciones descritas en el Formulario de Solicitud de Exclusión del HIE de Prívia o comunicarse directamente con el HIE.***