

**Willamette Valley Cancer Institute and Research Center
Oncology Associates of Oregon
Asignación/Financial Responsibilities/Consentimiento**

Nombre legal del paciente (Último, Primer Medio) _____ Nombre preferido _____

del Seguro Social# _____ Fecha da nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____

Dirección de facturación _____ Ciudad y estado _____ Zip _____

Domicilio _____ Ciudad y estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Celular _____ Email _____ @ _____

Método de contacto preferido (círculo): Teléfono Celular Email Otro idioma preferido: _____ Sexo (círculo): M F

Estado civil (círculo): viuda divorciado casada soltera Etnia: _____ Raza: _____

Referencia al médico y al teléfono _____

Médico primario y al teléfono _____

Empleador del paciente _____ Ocupación _____ Retirado ___ Deshabilitado _____

Parte responsable _____ Relación _____ Teléfono _____

Seguro primario _____ Nombre asegurado principal _____ fec. nac. _____

Número de grupo _____ Número de póliza _____

Seguro secundario _____ Nombre asegurado secundario _____ fec. nac. _____

Número de grupo secundario _____ Número de póliza _____

Seguro Terciario _____ Nombre asegurado terciario _____ fec. nac. _____

Número de grupo terciario _____ Número de póliza _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

Solicito que el pago de beneficios autorizados de mi compañía de seguros se haga a mí o en mi nombre al Willamette Valley Cancer Institute and Research Center and Oncology Associates of Oregon (colectivamente "WVCI") por cualquier servicio que me haya proporcionado WVCI, y por la presente asigno a WVCI todos los derechos asignables al pago de los servicios prestados por WVCI, incluidos todos los beneficios de Medicare si estoy en ese programa. Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar información sobre mi cobertura a WVCI. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla a lo siguiente cuando corresponda para determinar beneficios para servicios relacionados: División de Servicios Familiares, Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, aseguradoras y/o agentes de estas compañías, u otros proveedores de atención médica que ayuden en mi atención médica. Entiendo y acepto que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por WVCI, otros proveedores y aseguradoras con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que para que WVCI cumpla con la iniciativa impuesta por el gobierno federal para que el software de prescripción electrónica de medicamentos (e prescribir) envíe recetas a través de Internet a las farmacias, estas transmisiones se realizan de una manera segura que protege la privacidad de la información personal. Acepto que WVCI puede solicitar y utilizar mi historial de prescripción de otros servicios de salud o pagadores externos para fines de tratamiento según lo requerido por la iniciativa federal antes mencionada. Autorizo a WVCI a obtener mi historial de recetas.

ACUERDO FINANCIERO:

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo independientemente de la cobertura del seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros, incluidos los intereses aplicados por la agencia de cobro, el costo de la corte y los honorarios del abogado. Cualquier demanda presentada puede ser presentada en el condado donde se prestan los servicios.

He leído y acepto las disposiciones de este formulario y acepto los términos. Un duplicado de este formulario se considera el mismo que el original.

ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE ME REVOQUE POR ESCRITO

Nombre de impresión: _____
Primer M Último

Firma del Paciente (fo pacientes de 17 años o menores, signo MUST padre o tutor) Fecha _____ / _____ / _____

Si es representante legal, proporcione **relación con del paciente**

Employee's initials
Las iniciales del empleado