

**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