

Fecha Actual: \_\_\_\_\_ Cuenta/Account # (for staff only): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDM (DOB): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

**Por favor, proporcione el nombre (los nombres) y la dirección(es) de cualquier individuo con quien podemos compartir cualquier información médica: Puede escribir mas de un nombre a continuación.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Yo, por la presente autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists, PC (SOS) dar toda información necesaria para completar formas de seguro y para asegurar el pago. Autorizo también el pago para servicios quirúrgico/médicos a ser mandado directamente a Syracuse Orthopedic Specialists. Yo por la presente autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists a colocar mi firma en los archivos de la División Interior de Reclamos de Medicare para el propósito de facturación. Este acuerdo se quedará vigente hasta que sea revocado por escrito. Una copia de este documento deberá ser considerada tan válido como un original. Acepto la responsabilidad por todos los cargos médicos que no sean pagados por el seguro. Acepto responsabilidad financiera para cargos incurridos por mis niños. Conuerdo en pagar cualquier co-pago y/o cualquier balance anterior al momento de la visita, a menos que se haya hecho un acuerdo en avance. La correspondencia con respecto a cargos médicos será enviada a la dirección del poseedor del seguro. Asumo responsabilidad por todos los costos razonables de la colección, incluyendo los honorarios de los abogados.

Si cree que su condición está relacionada con el trabajo, es su responsabilidad informar a su empleador y proveedor. Si se determina que su condición en el momento del servicio no esta relacionada con el trabajo, usted será responsable de todos los cargos pendientes hasta el momento en que su su condición se establezca como compensación laboral. Autorizo a Syracuse Orthopedic Specialists, PC a dejar mensajes en mi contestador automático/correo de voz relacionados con citas o problemas de pago y enviar correspondencia a la dirección proporcionada para el titular del seguro, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Entiendo que SOS utilizará mensajes de texto y correos electrónicos para notificar a los pacientes sobre futuras citas y otras notificaciones importantes si es necesario. Varios proveedores de SOS pueden utilizar un servicio de registro médico virtual compatible con Hipaa que ayudará a documentar la visita del paciente a través de encuentros grabados seguros. Estos datos están encriptados de conformidad con las regulaciones federales y estatales.

Doy consentimiento de liberar cualquier información médica acerca de mí y acerca de cualquier otro individuo para quien puedo dar el consentimiento, a mi plan médico y cualquier proveedor de asistencia médica implicado en mi cuidado o de tal individuo, si fuera razonablemente necesario para mi plan médico o mis proveedores para llevar a cabo el tratamiento, pagos, y operaciones de asistencia médica. (\*\* Esto no reemplaza la autorización requerida de HIPAA para aplicaciones otras más que tratamiento, pagos o operaciones de asistencia médica.) En caso de que usted está teniendo cirugía en nuestro centro de cirugía de día uno especialista en 190 Intrepid Lane Syracuse N, Y. y no son capaces de llegar por teléfono para realizar una entrevista preoperatoria, se permite que el especialista en un centro de cirugía de día discutir detalles de la convocatoria con los listados en este consentimiento.

He recibido o me han ofrecido una copia de la Guía del Paciente de SOS.

He recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de Normas de Privacidad para la Protección de la Información sobre la Salud de SOS.

He recibido previamente una copia de la Guía del Paciente de SOS. Entiendo que puedo encontrar esta guía en [www.sosbones.com](http://www.sosbones.com).

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre de paciente / Firma  
(Printed Name of patient) / Signature

\_\_\_\_\_  
F. de Nacimiento Firma Fecha  
(Date of Birth) (Signature Date)

\_\_\_\_\_  
- (Relación con el paciente (Relationship to patient))

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de las Normas de Privacidad para la Información Médica Confidencial de Especialistas Ortopédicos de Syracuse, PC (Privacy Practice Acknowledgement)