

CESION BENEFICIOS/NORMA DE DERECHOS

Esta Cesion de Beneficios involucra lo siguiente:

PACIENTE: _____

PROVEEDOR: _____

DIRECCION DEL PROVEEDOR: _____

FECHA DEL INCIDENTE/ACCIDENTE: _____

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS: _____

NOMBRE DEL DUENO DE LA POLIZA: _____

NUMERO DE LA POLIZA O RECLAMO: _____

Paciente: Yo, el paciente abajo firmante, entiendo y estoy de acuerdo con que el antes referido Proveedor requiere el pago al tiempo en que sus servicios sean prestados. En consideracion a que el Proveedor no requiera el pago al tiempo de que sus servicios sean prestados, por medio de la presente cedo los derechos y beneficios del seguro aplicable a la proteccion de heridas personales, pagos medicos y/o otros seguros que pueden estar disponibles para pagar al proveedor por los gastos incurridos por mi con dicho proveedor. Esta cesion es por los servicios y/o suministros utilizados en el tratamiento de mis heridas personales como resultado del accidente de automovil o el incidente ocurrido en la fecha antes indicada, sufridas por mi, el paciente abajo firmante, quien esta cubierto por el seguro de proteccion por heridas personales (PIP), o por la cobertura del seguro a nombre del dueno de la poliza mencionada arriba, de acuerdo con el Estatuto del Estado de Florida 627.736(5). El abajo firmante es responsable por cualquier deducible o copago que no cubra dicho PIP o otro seguro PIP, o otros derechos de poliza de seguro, los cuales estoy cediendo por medio de la presente, seran cubiertos a traves de una poliza de seguro con la compania comunmente conocida como la compania mencionada arriba, bajo la poliza arriba mencionada o numero de reclamo. En el caso de que se haya cometido un error en el nombre de la compania de seguros apropiada, poliza o numero de reclamo, yo prometo presentar cualquier documento adicional para corregir tal error. Sin intencion ceder por medio de la presente, los beneficios y/o normas de derecho derivados de cualquier PIP apropiado, pagos medicos y/o otro a traves de los cuales los beneficios sean pagados al mencionado proveedor, por mi cuenta, como resultado de las heridas que sufrí durante en antes mencionado incidente.

Con esta cesion se pretende transferir todos los derechos del paciente a recibir beneficios de la mencionada compania de seguro incluyendo, pero sin limitar a ellos, todos los derechos a recibir beneficios directamente de la compania de seguro por servicios que he recibido, y todos los derechos para proceder contra la compania de seguros que este obligada a proveer beneficios en cualquier accion, incluyendo demandas legales, si por alguna razon la compania de seguros deja de pagar los beneficios que me corresponden. Esta cesion ademas incluye el derecho a recibir pago por un razonable costo en relacion con la copia y envio de archivos al asegurador, cuando sean requeridos por el asegurador, de acuerdo con el Estatuto de Estado de la Florida 627.736(6). Esta cesion tambien incluye cualquier derecho a recobrar gastos de abogado y costos de tal accion tomada por el proveedor designado por el paciente. Estoy de acuerdo en que el proveedor puede escoger cualquier abogado que desee, y comprendo y estoy de acuerdo con que el abogado que ellos escojan pueda ser diferente del abogado que este manejando mi reclamo o caso por heridas personales/corporales. En caso de litigacion o arbitraje, estoy de acuerdo en cooperar con el mencionado Proveedor y en cualquier manera que razonablemente se requiera. Entiendo que esta cooperacion pueda incluir rendir declaracion jurada en deposiciones, juicio del caso o cualquier otro procedimiento que sea razonablemente requerido, y acepto tambien ejecutar cualquier finiquito, acuerdo o cheques de arreglo. Ademas estoy de acuerdo en no aceptar arreglos o abandonar la validez de esta cesion asumiendo una posicion inconsistente con la del Proveedor tratando de obtener su pago.

La intencion es de que esta cesion de derechos y beneficios se haga efectiva inmediatamente obligando al asegurador sobre mi otorgamiento. Por medio de la presente, instruyo al mencionado asegurador de que, en el evento de que los beneficios medicos sean disputados por cualquier razon, incluyendo razones medicas y/o necesidades, que el monto de los beneficios reclamos por el mencionado Proveedor sea colocado aparte y que no se distribuya hasta que la disputa sea resuelta. Como parte de esta Cesion de Derechos y Beneficios, instruyo a mi aseguradora que notifique al Proveedor inmediatamente de cualquier disputa respecto al pago, de manera que ejerza sus derechos legales. He leído y entendido la informacion aqui expuesta y es verdad a mi mejor saber y entender.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

NOMBRE (IMPRESA) PACIENTE/GUARDIAN

FECHA

PROVEEDOR: El abajo firmante, representante del arriba mencionado Proveedor, por la presente acepta la cesion de derechos y beneficios del seguro por los servicios prestados al paciente en referencia, y a ser pagados directamente al arriba mencionado Proveedor, bajo la Proteccion Personal de Heridas (P.I.P.) arriba mencionada, o otra cobertura con el arriba mencionado asegurador, de acuerdo con el Estatuto del Estado de la Florida 627.736

Por: _____
Agente/Representante autorizado

Fecha: _____

SUS ANTECEDENTES MEDICOS: ALGUNA VEZ A SIDO TRATADO DE:

	NO	SI		NO	SI
ANEMIA	_____	_____	PRESION ARTERIAL ALTA	_____	_____
ULCERA	_____	_____	CANCER	_____	_____
ASMA	_____	_____	EPLILEPSIA	_____	_____
DERRAME CEREBRAL	_____	_____	LA DIABETES	_____	_____
TRASTORNO DE LA COAGULACION	_____	_____	ATAQUE AL CORAZON	_____	_____
HIV/AIDS	_____	_____	ENFISEMA	_____	_____
PROBLEMAS DE HIGADO	_____	_____	PROBLEMAS RENALES	_____	_____
CORAZON DIESE/ANGINA DE PECHO	_____	_____	ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS	_____	_____

ESTA USTED CLAUSTROFOBICO () SI () NO

FUMA USTED (SI) (NO) EL NUMERO DE PAQUETES POR DIA _____

ACTUAL DE LOS MEDICAMENTOS:

NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS

ADOPTADAS PARA

ALERGIAS:

CIRUGIAS:

HISTORIA FAMILIAR: POR FAVOR UNA LISTA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE SE HAN PRODUCIO EN SU FAMILIA:

CANCER (SI) (NO)	LOCALIZATION DEL CANCER	RELACION	_____
CORAZON DIEASE	(SI) (NO)	RELACION	_____
PRESION ARTERIAL ALTA	(SI) (NO)	RELACION	_____
DERRAME CEREBRAL	(SI) (NO)	RELACION	_____
LA DIABETES	(SI) (NO)	RELACION	_____
ANEURISMA INTRACRANEAL	(SI) (NO)	RELACION	_____
TUMER CEREBRAL	(SI) (NO)	RELACION	_____
OTRAS ENFERMEDADES GRAVES	(SI) (NO)	RELACION	_____
POR FAVOR ESPECIFICAR: _____			

REVISION DE LOS SINTOMAS: ACTUALMENTE, O HA TENIDO PROBLEMAS CON:

GLAUCOMA..... SI NO
USAR AUDIFONOS SI NO

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN _____

LA PERIDA DE LA AUDICION..... SI NO
ZUMBIDOS EN LOS OIDOS..... SI NO

CIRCULO: DERECHO IZQUIERDO AMBOS

EQUILIBRIO PERTUBACION(e.g. VERTIGO, HILTURA.....SI NO
DOLOR EN EL PECHO/ANGINA DE PECHO..... SI NO
PRESION ARTERIAL ALTA.....SI NO
SOPLO CARDIACO.....SI NO
ALTA CHOLESEROL.....SI NO
ASMA.....SI NO
BRONQUITIS.....SI NO
ENFISEMA..... SI NO
NAUSEAS.....SI NO
ENFERMEDAD DEL HIGADO..... SI NO
DOLOR ABDOMINAL..... SI NO
HUESOS ROTOS..... SI NO

LISTA _____

DOLOR DE ESPALDA..... SI NO
HINCHAZON O DOLOR EN LAS ARTICULACIONES..... SI NO
BRAZO O PIERNA DOLOR..... SI NO
DEBILIDAD DEL BRAZO O LA PIERNA..... SI NO
ARTRITIS..... SI NO

DONDE _____

ENFERMEDAD DE LA PIEL..... SI NO

DONDE _____

VISION BORROSA O DOBLE..... SI NO
INCAUTACIONES.....SI NO
DESEMAYOS..... SI NO
ANSIEDAD..... SI NO
DEPRESION..... SI NO
DIABETES..... SI NO
ANEMIA..... SI NO
MORETES..... SI NO

INFORMACION SOBRE EL CANCER:

CANCER DE PULMON..... SI NO

FECHA DE LA ULTIMA RADIOGRAFIA DE TORAX _____

CANCER DE COLON..... SI NO
CANCER DE PROSTATA(HOMBRES)..... SI NO
LA ENDOMETRIOSIS(MUJERES)..... SI NO
UTERINO O CANCER CERVICAL(MUJERES)..... SI NO
CANCER DE MAMA..... SI NO
CANCER DE PIEL..... SI NO
CUALQUIER OTRO ACTIVO MALIGNANT CANCER _____

**AVISO: INTIMIDAD DEL PACIENTE
OCTOBER 15, 2002**

Estamos comprometidos a preservar la privacidad de su informacion personal de salud. De hecho, estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su informacion medica y de proveerle con aviso escrito:

**COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA
Y COMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACION.**

Estamos obligados por ley a tener a mano su consentimiento antes de utilizar o divulgar a terceros su informacion medica para fines de la concesion o de la organizacion para su atencion medica, el pago or reembolso de la atencion que ofrecemos a usted, y las actividades de apoyo administrativo su tratamiento.

Que puede ser requerido o permitido por ciertas leyes de utilizar y divulgar su informacion medica para otros fines sin consentimiento o autorizacion que.

Como nuestro paciente, usted tiene derechos importantes relativas a la inspeccion y copia de su informacion medica que mantenemos, por que se modifica o corregir dicha informacion, la obtencion de nuestras revelaciones de su informacion medica, solicitar que nos comuniquemos con usted forma confidencial, solicitando que restringir ciertos usos y divulgaciones de su informacion de salud, y quejarse si piensa que sus derechos han sido violados.

Que tenemos a nuestra disposicion una detallada Aviso de Practicas de Privacidad que esplican plenamente sus derechos y nuestras obligaciones en virtud de la ley. Que podra revisar nuestro Aviso de vez en cuando. La fecha efectivo en la parte superior de esta pagina indica la fecha del Aviso mas actual vigente.

Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro aviso actuales vigente. Si todavia no ha reservado una copia de nuestro Aviso, por favor pregunte en la recepcion y le proveeremos con una copia.

Si usted tiene, preguntas, preocupaciones o quejas acerca de la comunicacion o su informacion medica, pongase en contacto con Tiffany Cole, Administrator de Langheier Healthcare at 727- 943-7354.

He recibido una copia de este aviso para mi archivo personal:

Firma del Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA USAR O REVELAR INFORMACION DE SALUD

Yo autorizo Langheier Healthcare usar y divulgar mi informacion medica y de salud a los efectos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud.

***Tratamiento** (incluye las actividades llevadas a cabo por un proveedor de servicios de salud, una enfermera, personal de las oficinas y otros tipos de profesionales de la salud proporcionando atencion medica, la coordinacion de la gestion de su cuidado o con terceros, y las consultas con y entre otros proveedores de atencion medica. Este consentimiento incluye el tratamiento por cualquier medico que se refiere a mi/nuestra practica por telefono como el medico de guardia.)

***Pago** (incluye actividades relacionadas con la determinacion de su elegibilidad para plan de salud de cobertura, facturacion y recepcion del pago en su reclamaciones de beneficios de salud, y la utilizacion de actividades de manejo que pueden incluir la revision de los servicios sanitarios de la necesidad medica, la justificacion de los cargos, antes de la certificacion y la autorizacion previa.)

***Operaciones de Cuidado de Salud** (incluye las medidas administrativas y las funciones empresariales de nuestra oficina.)

Puede revisar Langheier Healthcare's "Notificacion de Practicas de Privacidad" para obtener informacion adicional acerca de los usos y divulgaciones de la informacion descrita en este consentimiento antes de firmar este consentimiento. Por favor, compruebe que ha recibido una copia de nuestro Aviso colocando sus iniciales aqui: _____

Porque se han reservado el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad de conformidad con la ley, los terminos que figuran en el anuncio pueden cambiar tambien. Un resumen de la comunicacion se publicaran en nuestra oficina, indicando la fecha efectiva de la comunicacion. Le ofreceremos una copia de la notificacion en su primera visita a nosotros despues de la fecha efectiva de la entonces actual aviso. Tambien le proporcionaremos una copia de la Notificaciones una vez su solicitud.

Como se explica con mas detalle en el anuncio, usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre como usar y divulgar su informacion protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Que no estan obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, estan obligados a cumplir con su peticion a menos que la informacion sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Otros medicos que proporcionan cobertura para llamar a nuestra oficina estan obligados a utilizar y divulgar su informacion protegida de salud en consonancia con la Comunicacion.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento siempre que lo hago por escrito, excepto en la medida en que la Langheier Healthcare ya ha utilizado o divulgado la informacion de la dependencia de este consentimiento.

Firma del Paciente

La firma de la persona autorizacion por la ley

Fecha

AUTORIZACION BENEFICIOS DEL SEGURO Y ABOGADO

RE:

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente autorizo y apunto a usted, mi abogado, **PAGAR DIRECTAMENTE AL DR. CRIS E. LANGHEIER, P. O. BOX 1287 TARPON SPRINGS, FL 34688** las sumas que se puedan deber y pertenescan a esa oficina por servicios que me hayan sido prestados, por razones de accidente o enfermedad, o por razon de cualquiera otras deudas que se deban a esa oficina, y retener tales sumas provenientes de incapacidad, beneficios de pagos medicos, beneficios de no culpabilidad, beneficios de seguros de salud y accidentes, beneficios de compensacion al trabajador, o cualquier otro beneficio de seguros que deban reembolsarme, o provenientes de cualquier arreglo, convenio o sentencia a mi favor, mientras sea necesario para proteger adecuadamente los derechos de dicha oficina.

El abajo firmante, por la presente acepto que en caso de faltar a pago de cualquier monto que se adeude, y si esta cuenta es transferida a una agencia o abogado para cobrar o ejercer accion legal, pagere cualquier cargo adicional al igual de los costos de cobranza, incluyendo los gastos de abogado y corte que determinen las leyes al respecto.

Yo entiendo que permanezco personalmente responsable del monto total adeudado a esta oficina por sus servicios. Ademas entiendo y acepto que esta autorizacion no contituye ninguna consideracion de esta oficina para esperar por el pago, y que puedan demandar los pagos de mi parte al prestar los sevicios a su conveniencia.

Autorizo a la oficina a remitir cualquier informacion acerca de mi caso a cualquier Compania de Seguros, tasador o abogado que facilite el cobro bajo esta autorizacion. Estoy de acuerdo en que se de poder a la oficina antes mencionada para firmar o endorsar mi nombre en los cheques o formas para el pago de mis cuentas medicas.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

El abajo firmante, en mi calidad de abogado del paciente arriba mencionado, doy fe de haber recibido su autorizacion y prometo honrar la misma para proteger adecuadamente al proveedor mencionado en esta autorizacion.

Firma del Abogado _____ Fecha _____

ABOGADO: FAVOR FIRMAR, FECHAR Y DEVOLVER UNA COPIA A LA OFICINA DEL PROVEEDOR.