



ASIGNACION DE BENEFICIOS

Autorizacion de Seguro Privado para asignacion de beneficios y Proporcionar Informacion:

Yo, el suscrito, autorizo el pago de beneficios medicos a General Surgical Associates de San Antonio para cualquier servicio que me proporcione el medico. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad que no cubra mi poliza de seguro. Yo tambien autorizo a General Surgical Associates de San Antonio que proporcionen a mi compañía de seguro, a mi medico de referencia, y a otros consultores sobre mi caso, informacion respecto a consejos de atencion medica, tratamientos o suministros que me han proporcionado. Esta informacion se utilizara para propositos de evaluar y administrar los reclamos de beneficios.

Fecha _____ Firma _____

CERTIFICACION

General Surgical Associates de San Antonio se complace en ofrecerle tratamiento. Sin embargo, se le informa que, de acuerdo a la mayoría de las polizas de seguro comercial y la practica generalmente aceptada, el tratamiento para lesiones cronicas relacionadas a su empleo, debera presentarse primeramente bajo la Compensacion del Trabajador de Texas.

*Yo _____ por medio de la presente, certifico que Yo **estoy/no estoy** buscando tratamiento para una enfermedad o lesion que es resultado de un incidente/accidente en el lugar de mi empleo o de un accidente de vehiculo motorizado.*

MVA / Fecha de Incidente/Accidente _____

Nombre Escrito del Paciente _____

Fecha _____ Firma del Paciente _____

LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MEDICO (HIPAA)

Al firmar este documento, Yo reconozco que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de las Practicas de Privacidad de General Surgical Associates de San Antonio. Yo autorizo que proporcionen mi informacion medica a las siguientes personas:

Conyuge: _____

Miembro Familiar: _____

Otro: _____ Parentesco: _____

Nombre Escrito del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Paciente _____