Machine Translated by Google

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad y políticas de la empresa Al firmar a continuación, certifico que

Restore O&P me ha facilitado un Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de
Las Prácticas de Privacidad describen los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que podrían ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica de Restore O&P . El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las obligaciones de Restore O&P con respecto a mi información de salud protegida. Restore O&P se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad.
Las prácticas se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia revisada del Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina y solicitando que me la envíen por correo, o solicitándola en mi próxima cita.

Consentimiento para el contacto

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que Restore O&P se ponga en contacto conmigo por teléfono, correo electrónico, correo postal de EE. UU. u otros medios para dar seguimiento a mi caso. mi cuidado.

Uso de imágenes Al

firmar a continuación, entiendo que Restore O&P puede usar mi imagen en fotografías o videos como parte de sus actividades de marketing, incluyendo, entre otros, su publicación en comunicaciones externas y redes sociales. Renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final en el que aparezca mi imagen. Asimismo, renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación relacionada con el uso de dichas imágenes.

Consentimiento para prestar servicios y/o productos.

Entiendo que al firmar este acuerdo, manifiesto mi deseo de adquirir productos o servicios ortopédicos y/o protésicos, o ambos, de Restore O&P. Entiendo que me encuentro bajo la supervisión y el cuidado de mi médico tratante. Entiendo que mi médico me ha recetado la ortesis/prótesis mencionada como parte de mi tratamiento. Asimismo, entiendo que, debido a la naturaleza de los productos suministrados por Restore O&P , estos no pueden ser devueltos.

Cesión de Beneficios. Yo, el abajo

firmante, autorizo a Restore O&P a solicitar en mi nombre y cobrar directamente todos los beneficios de seguros públicos y privados que me correspondan por los productos y/o servicios que me haya proporcionado Restore O&P. En caso de que los pagos por beneficios de seguros se realicen directamente a cualquiera de los abajo firmantes, el beneficiario deberá endosar a Restore O&P todos los cheques correspondientes.

Consentimiento para coordinar la atención médica y la divulgación de historiales clínicos.

Al firmar a continuación, autorizo a todo el personal médico a proporcionar a Restore O&P información sobre mi historial clínico, en lo que respecta a mi tratamiento. Esto incluye la recopilación de información médica de cualquier médico, cirujano, centro médico o fisioterapeuta que me haya atendido. Restore O&P cumplirá con todas las normas y regulaciones de HIPAA.

Cobertura de seguro Al

firmar a continuación, acepto informar a Restore O&P sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro. En caso de que mi cobertura de seguro cambie o se cancele, entiendo que soy responsable de todos los cargos por servicios y dispositivos que se me entreguen o que estén en proceso de fabricación.

Reconocimiento de las Normas para Proveedores de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis,

Ortesis y Suministros (DMEPOS) de Medicare Nuestra práctica cumple con las Normas para Proveedores de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis, Ortesis y Suministros (DMEPOS) de Medicare, según lo estipulado en 42 CFR § 424.57(c). Al firmar a continuación, usted reconoce que se le ha ofrecido una copia de las Normas para Proveedores.

Nombre del paciente, impreso

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre del tutor, impreso

Relación con el paciente