

**Gavilan Foot Care Center
Kaveh Akhbari, DPM**

NOTIFICACION Y RECONOCIMIENTO

Yo reconosco que e recibido y leido la copia de los siguientes documentos (**remarcados**) y firmando, yo acepto a:

- 1) _____ Autorizar a Gavilan Foot Care Center para hacer recomendaciones en mi nombre y comparta informacion clinica y demografica relevante como esta descibida en las **Formas de HIPAA Consentimiento del Paciente y los Documentos de Practica de Privacidad**.
- 2) _____ Autorizo entrega de informacion medica a individuos especificados proveidos por mi, a Gavilan Foot Care Center.
- 3) _____ Autorizo **Entrega de Informacion** con respecto a mi tratamiento medico solicitado por mi aseguranza y autorizo derechos de **Asignacion y Beneficios**/pagos directamente a Gavilan Foot Care Center por la provicion de cirugias y beneficios medicos. (Clausura de Aseguranza)
- 4) _____ Autorizo que se recolecte el historial de mis medicamentos via el SureScripts casa de clarificacion y entrega de prescripciones electronicos a la farmacia de mi preferencia.
 - a. Yo Prefiero la Farmacia _____ Ciudad _____
- 5) _____ Yo e recibido y repasado las Autoriaciones de por Vida refiriendose a cobertura de Medicare Para Cuidado de Rutina de Pies.
- 6) _____ Horas de oficina son solo por citas. Yo entiendo que si fallo a notificar a la oficina dentro de 24 horas o fallo en asistir a la cita puede resultar en un sobrecargo de \$25.
- 7) _____ **PAGOS CON ASEGURANZA:** Copagos deben ser pagados a la hora de su servicio. La canidad que su compania de asegurana determine es su parte del costo es su responsibilidad de pagar dentro de 30 dias de la notificacion de su aseguranza. Despues de 30 dias un cargo de **\$5.00 cada vez que mandemos una factura**. Despues de 90 dias un cargo de **\$25.00 sera agregado en adicion de el cargo de \$5.00 cada vez que se le mande una factura**.
- 8) Aseguranza: Nuestra oficina enviara el cobro a la asegurana despues de el tratamiento. Antes de su tratamiento, por favor establezca eligibilidad con su compania de aseguranza y si una autorizacion por adelantada es requerida

X _____
Signature of Patient or Guardian

Relacion a el paciente, si es firmado por el Representante