|  |
| --- |
| **HILLCROFT PHYSICIANS, P.A.**HP LOGO.jpg |
|
|  forma de registro |
| Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son confidencialeles kdfjkjkjky se convertirá en parte de su expediente medico. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (Apellido, Nombre): |  | 🞎 M 🞎 F | Fecha de Nacimiento: |  |
| Estado Civil:  | 🞎 Soltero/a 🞎 Pareja 🞎 Casado/a 🞎 Separado/a 🞎 Divorciado/a 🞎 Viudo/a |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Direccion: |  | Ciudad, Estado, Codigo Postal: |  |
| Telefono: |  | Telefono Celular:  |  |
| Correo Electronico:  |  | Número de seguro social:  |  |
| Raza: | 🞎 Indio Americano/Nativo de Alaska 🞎 Asiático🞎 Negro/Afroamericano 🞎 Nativo Hawaiano o Otras Islas del Pacifico 🞎 Blanco🞎 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Etnicidad: | 🞎 Hispano/Latino 🞎 No Hispano/Latino  |
| Ocupación: |  | Empleador:  |  |

|  |
| --- |
| iNFORMACIóN DEL SEGURO  |
| Seguro Primario: |  | **ID/# De póliza** | **# de Grupo:** |
| Dirección de la Compañia de Seguro: |  | **Ciudad/Estado:** | **Codigo Postal** |
| Telefono de la compañía de seguro: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Seguro Secundario:** |  | **ID/# De póliza** | **# de Grupo:** |
| **Dirección de la Compañía de Seguro:** |  | **Ciudad/Estado:** | **Codigo Postal** |
| **Teléfono de la compañía de seguro:** |  |  |  |
| **Nombre del suscriptor:** | **Fecha de Nacimiento:** | **Número de Seguro Social**  |  |
| **Relación del paciente con el suscriptor** |  |

|  |
| --- |
| CONTACTO DE EMERGENCIA |
| **Nombre** | **Apellido** | **MI** | **Fecha de Nacimiento** |
| **Direccion** | **Ciudad**  | **Estado** | **Codigo Postal** |
| **Verificar el teléfono primario:** | **Casa: 🞎** | **Trabajo: 🞎** | **Teléfono Celular: 🞎** |
| **Relación con el paciente:**  |
| **La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo HILLCROFT PHYSICIANS, P.A. o compañía de seguros para divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del paciente/Persona responsable Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del paciente/Persona responsable (Por favor imprima) Relación con el paciente |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  | Fecha de nacimiento: |
| Historial Medico |
| Información de la farmacia |
| Nombre: | Direccion: | Telefono: |
|  |  |  |
| **Motivo de la visita de hoy:** |
| Problemas actuales: *(Marque con un circulo cada una de las siguientes cosas que está experimentando o ha experimentado recientemente)*  |
| General: | Fiebre, escalofríos, pérdida de peso, aumento de peso, fatiga, debilidad |
| Respiratorio: | Tos, falta de aliento, sibilancias |
| Cardiaco: | Dolor en el pecho, corazón acelerado, corazón palpitante |
| Gastrointestinal: | Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, sangrado rectal, dolor abdominal |
| Urinario: | Dolor al orinar, necesidad frecuente de orinar, sangre en la orina |
| Genitales: | Flujo vaginal, olor anormal, dolor durante sexo |
| Piel: | Erupción, decoloración, heridas, perdida de cabello, cambio en el lunar |
| Neurológico: | Pérdida de conciencia, visión doble, mareos, aturdimiento, dolores de cabeza |
| Salud Mental: | Ansiedad, depresión, dificultad para concentrarse, insomnio |
| Musculo esquelético: | Dolor en las articulaciones, hinchazón de las articulaciones, rigidez, dolores musculares, dolor de espalda |
| Oreja, nariz, garganta | Problemas oculares, dolor de garganta, problemas de audición, problemas de sinusitis, secreción/congestión nasal |
|  |
| Alergias a medicamentos |
| Nombre del medicamento | Reacción que tuvo |
|  |  |
|  |  |
| Medicamentos *Nombre todos los medicamentos actuales (incluidos los analgésicos y los medicamentos psiquiátricos)* |
| Medicamento | Dosis | Frecuencia |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| HISTORIAL SOCIAL |
| ¿Estás casado/a? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas viven en tu casa incluyéndote a ti? \_\_\_\_\_ | 🞎 | Yes | 🞎 | No |
| ¿Fuma ahora? \_\_\_\_\_ ¿En el pasado? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años fumaste? \_\_\_\_\_ |
| ¿Alguna vez toma bebidas alcohólicas? Si es asi,¿Cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 | Yes | 🞎 | No |
| ¿Usas alguna otra droga? Si es asi, ¿cuales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 | Yes | 🞎 | No |
| **SOLO MUJERES** |
| ¿Cuántas veces has estado embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuándo fue tu último examen de Papanicolaou? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuándo fuel tu ultima mamografía? (Edad 35 y mayores) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SOLO HOMBRES** |
| ¿Tiene la sensación de no vaciar la vejiga? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Tiene que empujar o esforzarse para orinar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Tiene un flujo urinario débil? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuántas veces se levanta por la noche para orinar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Historial Médico |
| Problemas médicos anteriores/actuales (Marque si corresponde) |
| 🞎 Alergias | 🞎 Dolor de espalda (Crónico | 🞎 Cirrosis del hígado | 🞎 Soplo cardíaco | 🞎 Colesterol alto | 🞎 Migrañas | 🞎 Depresión/Ansiedad |
| 🞎 Anemia | 🞎 Transfusión de sangre | 🞎 Diabetes | 🞎 Insuficiencia cardíaca | 🞎 Dolor articular | 🞎 Convulsiones | 🞎 Trastorno bipolar |
| 🞎 Artritis | 🞎 Bronchitis | 🞎 VIH/SIDA | 🞎 Hepatitis | 🞎 Cálculos renales | 🞎 Derrame cerebral | 🞎 Esquizofrenia |
| 🞎 Asma | 🞎 Cáncer | 🞎 Insuficiencia cardíaca | 🞎 Presión alta | 🞎 Enfermedad renal | 🞎 Enfermedad de tiroides | 🞎 Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|

|  |
| --- |
| HISTORIAl de cirugía |
|  |  | **Año** |  |  | **Año** |  |  | **Año** |
| Angioplastia | 🞎 |  | Colecistectomía | 🞎 |  | Reemplazo de rodilla | 🞎 |  |
| Apendectomía | 🞎 |  | Colectomia | 🞎 |  | Marcapasos | 🞎 |  |
| Artroscopia de rodilla | 🞎 |  | Colostomía | 🞎 |  | Tonsilectomía | 🞎 |  |
| Cirugía de la espalda | 🞎 |  | Bypass Gástrico | 🞎 |  | Biopsia de próstata | 🞎 |  |
| Liberación del túnel carpiano | 🞎 |  | Reparación de hernia | 🞎 |  | Vasectomía | 🞎 |  |
| Extracción de cataratas | 🞎 |  | Reemplazo de cadera | 🞎 |  | Otro | 🞎 |  |
| **SOLO Mujeres** |
| Mamoplastia de aumento | 🞎 |  | Biopsia de mama | 🞎 |  | Histerectomía | 🞎 |  |
| Ligadura Tubal Bilateral | 🞎 |  | Cesárea | 🞎 |  | Mastectomía  | 🞎 |  |

 |
|  |
| Historial de salud familiar |
|  |
| **Diagnosis** | Madre(Fallecida/Viva) | Padre(Fallecido/Vivo) | Hermano | Hermana | Otro:\_\_\_\_\_\_ | Otro:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enfermedad del corazón | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Alta presión | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Derrame cerebral | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Cáncer | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Glaucoma | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Diabetes | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Epilepsia/Convulsiones | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Desorden sangrante | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Enfermedad del riñón | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Enfermedad de tiroides | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Enfermedad mental | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Osteoporosis  | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

|  |
| --- |
| **PROVIDER’S NOTES:** |
|  |

![Color Logo[1].jpg]()

Decisiones importantes sobre sus opciones de atención médica

Un Plan de Atención Anticipada puede determinar cómo experimenta un período de discapacidad o la etapa final de su vida. Es posible que usted y su familia deban enfrentar algunas opciones de tratamiento críticas. **Respetamos** su derecho a tomar decisiones individuales basadas en sus creencias y valores personales. Puede ayudar a otros en esta situación si toma medidas de antemano para implementar un plan que represente sus valores y creencias personales.

¿Cómo se asegura de que su familia sepa cuáles son sus creencias en torno a su atención médica? Una forma de hacerlo es desarrollar su propio Plan de Atención Anticipada que represente su "historial de valores" y una comprensión clara de sus decisiones y preferencias relacionadas con la salud.

**Planificación anticipada del cuidado**

Un proceso de toma de decisiones realizado antes de una enfermedad o lesión a su familia,

Médicos, o líderes espirituales, ¿qué decisiones tomarías? Un Plan de atención anticipada es otro término para Directivas Anticipadas o Testamento Vital. Si bien el contenido puede ser el mismo o similar, la principal diferencia es un plan de atención anticipada que pone más énfasis en hablar con familiares, médicos y asesore espirituales sobre tus deseos. El Plan de Atención Anticipada o las Instrucciones anticipadas incluirán áreas importantes de atención médica, como: Reanimación cardiopulmonar (RCP), Orden de no resucitación (DNR). La orden duradera de no resucitar (DDNR) y el Testamento Vital son otros aspectos importantes de la gestión de la atención médica.

Una vez que haya completado su Plan de Atención Anticipada, debe hacer copias de él. Conserve el original y envíe copias a su (s) agente (s) de atención médica, a otras familias que probablemente vayan al hospital, a **su médico de atención primaria** y al Registro de Testamentos en Vida de los EE. UU. \*. **Recuerde: cada vez que actualice su documento, debe enviar una copia actualizada a todas las personas que tengan una copia del anterior.**

Hillcroft Physicians les aconseja de tener esta conversación con su familia y otras personas importantes en su vida para que pueda tener un plan de atención anticipada.

Por favor, comprenda esta información y entienda cuál es su mensaje. Gracias

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre del Paciente Fecha Fecha De Nacimiento

**Regla de Privacidad HIPPA
Acuerdo de Autorización del Paciente**

**Autorización para la divulgación de información médica protegida para tratamiento, pago o atención médica (§164.508 (a))**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del paciente), entiendo que, como parte de mi atención médica, esta oficina crea y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

* Una base para planificar mi cuidado y tratamiento;
* Un medio de comunicación entre profesionales en el campo de la medicina que puede contribuir a mi cuidado;
* Una fuente de información sobre cómo aplicar mi diagnóstico y la información quirúrgica a mi factura;
* Un medio por el cual un pagador puede verificar que los servicios facturados realmente se prestaron;
* Un medio para las operaciones de atención médica de rutina, como la determinación de la calidad y la información completa sobre los usos y divulgaciones.

Me han proporcionado (a) una copia del ***Aviso de prácticas de privacidad*** que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones.

Entiendo que, como parte de mi cuidado y tratamiento, puede ser necesario proporcionar a otra entidad mi información médica confidencial. Tengo el derecho de revisar el aviso de esta oficina antes de firmar esta autorización. Autorizo ​​la divulgación de mi información médica confidencial como se especificará más adelante para los fines y para los grupos mencionados por mí.

**Privacidad estándar: consentimiento del paciente**

**Consentimiento para la divulgación de información médica protegida para tratamiento, pago o atención médica (§164.506 (a))**

Entiendo que

* Tengo el derecho de revisar el Aviso de prácticas de información de esta oficina antes de firmar este consentimiento;
* Que esta oficina se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas, y que si solicito una copia del aviso enviado a la dirección publicada he dado antes de ponerlo en práctica;
* Tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a la forma en que mi información médica confidencial puede ser utilizada o divulgada para el tratamiento, pago o atención médica que la ley no exige que esta oficina acepte las restricciones solicitadas;
* Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esta oficina ya haya tomado medidas, según el consentimiento por escrito.

Firma del paciente o representante legal Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o representante legal testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGLA DE PRIVACIDAD DE HIPPA
Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad
Formulario de Reconocimiento Escrito**

**Acuse de recibo de notificación de prácticas de privacidad (§164.520 (a))**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del paciente), entiendo que, como parte de mi atención médica, esta oficina crea y mantiene un documento médico que describe mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención futura o tratamiento médico. Reconozco que me han proporcionado y entiendo que el ***Aviso de Prácticas de Privacidad*** de esta oficina brinda una descripción completa del uso y divulgación de mi información de salud. Entiendo que:

* Tengo el derecho de revisar el ***Aviso de Prácticas de Privacidad*** de esta oficina antes de firmar este formulario;
* Que esta oficina se reserva el derecho de cambiar el ***Aviso de prácticas de privacidad*** y enviar una copia del aviso publicado en la dirección que he dado antes de ponerlo en práctica, si lo solicito.

Firma del paciente o representante legal Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o representante legal Testigo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA INTERNA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se ha obtenido porque:

* El individuo se negó a firmar
* Las dificultades de comunicación nos impiden obtener el reconocimiento.
* Una emergencia nos prohibió obtener reconocimiento.
* Otro (por favor especifique)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oficial de privacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acuerdo del paciente**

 **Y**

 **Autorización para la divulgación de documentos del plan médico para el procesamiento y reembolso de reclamos según exigen las leyes Federales y Estatales**

**Asignación legal de beneficios y designación de representante autorizado**

Al considerar la cantidad de gastos médicos en los que se incurrirá, yo, el abajo afirmante, tengo un seguro y/o cobertura de beneficios de atención medica para empleados con el subtitulo anterior, y por la presente asigno y comunico directamente al (a los) proveedor(es) de atención medica mencionado anteriormente, según lo designado por mi Representante (s) autorizado (s), todos los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro, si los hubiere, de otro modo pagadero a mi por los servicios prestado por dichos proveedores, independientemente del estado de participación en la red de atención administrada de dicho proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier pago de seguro o beneficio aplicable. Por la presente autorizo al (a los) proveedor(es) mencionando(s) a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos bajo HIPAA. Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y mi abogado a entregar a dicho proveedor uno o todos los documentos del plan, póliza de seguro y/o información de liquidación a solicitud escrita de dicho proveedor para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso o cualquier recurso aplicable. Autorizo el uso de esta firma en todos mis seguro y/o solicitudes de beneficios de salud para empleados.

Por la presente, comunico al (a los) proveedor(es) mencionado(s), en la medida en que lo permita la ley y los planes de salud, pólizas de seguro o reclamo de responsabilidad, cualquier reclamo, elección en acción u otro derecho que pueda aplicar. Tener a tales planes de salud grupales, emisores de seguros de salud o aseguradores de daños en virtud de pólizas de seguro aplicables, planes de beneficios para empleados o pólizas publicas con respecto a gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos que recibí de los mencionados anteriormente proveedor(es), y en toda la extensión permitida por la ley para reclamar o prestar tales beneficios médicos, liquidación, reembolso de seguro y cualquier recurso aplicable, incluidos, entre otros, (1) obtener información sobre la reclamación en la misma medida que le cedente; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud, o dar o recibir algún aviso sobre los procedimientos de apelación; y (5) cualquier acción administrativa y judicial de tal(s) proveedor(es) para presentar dicha reclamación, elegida en acción o derecho contra cualquier parte responsable o plan(s) de salud de grupo de empleados, incluyendo si es necesario, presentar una demanda por dicho proveedor(s) en contra de cualquier parte responsable o plan de salud grupal de empleados en mi nombre con posición derivada pero a cargo de dicho proveedor(es). Esto constituye una asignación expresa y de conocimiento de las reclamaciones por incumplimiento de ERISA o obligaciones fiduciarias y otras reclamaciones legales y/o administrativas. A menos que se revoque, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales de acuerdo con PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como la original. He leído y entendido completamente este acuerdo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del asegurado / Tutor Fecha