



**FORMA DE REGISTRO PARA PACIENTE NUEVO**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre Nombre Preferido

Dirección de su casa: \_\_\_\_\_  
Calle # de Apt. Ciudad, Estado, Código Postal

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero (a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_\_ Viudo (a) \_\_\_\_\_

Como supiste de nosotros: \_\_\_\_\_

Medico de cabecera: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO:**

Nombre del titular de la póliza principal: \_\_\_\_\_ Relación de Paciente: \_\_\_\_\_  
Como se muestra en la tarjeta

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ ID# de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO:**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ ID# de Póliza/# de Grupo: \_\_\_\_\_  
Como se muestra en la tarjeta

**INFORMACIÓN DE PARTE RESPONSABLE:** ( ) (marque si es igual que arriba)

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

ENTREGA DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIONES DE BENEFICIOS: Por el presente autorizo la agencia mencionada para liberar a mi tratamiento información solicitados por abogados, doctores, compañías de seguros, empleadores, profesionales de salud o cualquier otra entidad que puede ser afectado con el pago de gastos efectuados por el tratamiento de servicios de Comprehensive Spine Center of Dallas, y por el presente autorizo Medicare y otro pago de seguro pago directamente a Comprehensive Spine Center of Dallas por servicios prestados a mi por profesionales de salud asociados por el grupo. Yo acepto responsabilidad por pago de cualquier cobro no pagado o aceptado por mi seguro. Esta autorización sigue siendo válida y efectiva de la fecha firmada hasta revocada por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# COMPREHENSIVE SPINE CENTER OF DALLAS

\_\_\_\_\_ (iniciales) **ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Estoy de acuerdo en asignar beneficios de seguro al Comprehensive Spine Center of Dallas. Facturamos a todas las compañías de seguros primarias que estamos contratados como proveedores de "red" como cortesía para nuestros pacientes. Reconozco la responsabilidad financiera total por los servicios prestados por Comprehensive Spine Center de Dallas, y autorizo la transferencia de todos los impagos equivale a mí, que incluye, entre otros, copagos, deducibles, coseguros y/o finalización de la cobertura. Además autorizo y solicite que todos los pagos del seguro se realicen directamente al Comprehensive Spine Center of Dallas.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:** Yo, el abajo firmante, solicito y doy mi consentimiento para una evaluación y tratamiento por parte del Comprehensive Spine Center of Dallas, Médicos y su personal. Deseo confiar en la práctica para ejercer el juicio para mi mejor interés durante el curso del tratamiento. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta revocado por escrito. ENTIENDO QUE AL NO FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, EL PACIENTE NO SERÁ CUIDADO MÉDICO PROPORCIONADO EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **DIVULGACIÓN DE INTERÉS FINANCIERO:** Con arreglo a ciertos requisitos de divulgación bajo leyes federales y estatales, el Dr. Scott A. Farley, el propietario de Comprehensive Spine Center of Dallas, PLLC, es necesario notificar a todos los pacientes de ciertos arreglos financieros con las entidades que recibirán una remuneración De. Como tal, por favor, no es que el Dr. Scott A. Farley tiene acuerdos financieros con las siguientes entidades (un) Metroplex DME, LLC; y (b) column Hardware Solutions, LLC. Si tienes alguna pregunta sobre este aviso o cualquier servicio proporcionado por estas entidades, por favor comentarlos con Dr Farley directamente. Mis iniciales arriba verificar que he leído y entiendo la declaración e información anterior.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **UNICAMENTE PARA PACIENTES CON MEDICARE O ELEGIBLES PARA MEDICARE:** Entiendo que el Dr. Scott Farley y Dr. Arash Bidgoli han optado excluirse de Medicare y ya no son proveedores participantes. Como tal, entiendo que el Dr. Farley, Dr Bidgoli y Comprehensive Spine Center no enviaran ni permitan a cualquier persona presentar un reclamo por servicios proporcionados a un beneficiario de Medicare. Soy consciente de que tengo el derecho a recibir tratamiento por un médico o un profesional que participae con Medicare. Mediante la firma de este acuerdo, yo o mi representante legal acepta toda la responsabilidad por los cargos de médicos por entrar en este contrato privado.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **GRABACION ELECTRONICA:** Para garantizar la confidencialidad y la privacidad, el uso de cualquier tipo de dispositivo de grabación por un paciente en cualquiera de nuestras oficinas está estrictamente prohibido. Esto incluye el uso de cámaras, dispositivos de grabación de audio y teléfonos con cámara. Uso de estos dispositivos viola los derechos de confidencialidad de los pacientes e infrinja los derechos de privacidad de nuestros empleados. Pacientes pueden tomar notas durante sus visitas a la oficina. Adicionalmente, todas las conversaciones entre el médico y el paciente se documentan en el expediente médico del paciente. Para revisar esta información, un paciente puede solicitar una copia de sus registros médicos.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **PERMISOS ADICIONALES:** A menos que por el contrario solicitar por escrito: Se aceptar recordatorios de la cita en mi casa/celular, contestar sistema o tarjetas de recordatorio de cita enviaron por correo, mensaje de texto o correo electrónico, cualquiera que sea la política de esta práctica. Doy mi consentimiento para tener datos con respecto a mi experiencia de tratamiento de cuestionarios, encuestas, entrevistas, testimonios y otros Herramientas de retroalimentación similares obtenidas por Comprehensive Spine Center of Dallas, PLLC y su personal. Entiendo que estos datos se registrarán para documentar y ayudar con el cuidado de pacientes y para ayudar a las operaciones de atención médica práctica y pueden usarse en la de práctica Web, redes sociales y marketing por correo electrónico en el que he aceptado participar como paciente de la De la práctica. Entiendo que mi participación es opcional y mi negativa a proporcionar o acepta datos de la encuesta en no afectará la atención médica proporcionada a mí por la práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Autorización para obtener información de salud**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Como es requerido por las regulaciones de privacidad **HIPAA**, información de salud protegida no puede ser usada o divulgada a terceros sin la autorización del paciente.

Autorizo a centro integral de columna vertebral y sus empleados a obtener mi información de salud protegida de cualquier centro médico que sea pertinente a mi cuidado.

Paciente información a solicitar: \_\_\_\_\_

Para el uso específico o propósito (descrito en detalle): \_\_\_\_\_

Fechas efectivas para esta autorización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . Esta autorización vencerá en el final del anterior período.

Entiendo que tengo el derecho de:

1. Revocar esta autorización enviando notificación por escrito a esta dirección en cualquier momento, pero no con carácter retroactivo.
2. Ser informado de cualquier renumeración involucrado debido a cualquier actividad de marketing según lo permitido por esta autorización,
3. Y como consecuencia de esta autorización.
4. Revisar una copia de la información de salud del paciente se utiliza bajo ley federal.
5. Negarme a firmar esta autorización.
6. Restringir lo que se obtiene con esta autorización.

También entiendo que si no firmo este documento, no afecta mi tratamiento, pago y la inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios o no dar autorización para obtener la información de salud del paciente protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o paciente autorizados representante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMULARIO de autorización de prácticas paciente HIPAA y privacidad

Entiendo que, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médico.

Reconozco que he sido provisto acceso para revisar o recibir una copia de la *Notificación de prácticas de privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a modificar su *Aviso de prácticas de privacidad* de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del *Aviso de prácticas de privacidad*.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. También entiendo no está obligados a aceptar mi pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

\_\_\_\_\_ (*iniciales*) Reconozco que mi información y registros médicos será lanzados a la práctica. Además, reconozco que mi información y registros médicos será lanzados desde la práctica a mi proveedor de cuidado primario, referencia/consulta proveedores y a mi compañía de seguros para procesar reclamaciones de seguros.

También permite liberación de mi condición médica o información de facturación a las siguientes personas (familia, cuidadores, etcetera.):

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	Facturación	Condición médica
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entiendo que una solicitud de mi salud o información de facturación de las personas no especificadas arriba o aprobado de lo contrario en el *Aviso de prácticas de privacidad* se requiere mi autorización específica y por escrito antes de la divulgación de la información.

Reconozco y estoy de acuerdo que la práctica, sus empleados, funcionarios y médico son liberados de cualquier responsabilidad legal de responsabilidad derivada o resultante de la revelación autorizada de mi salud o información de facturación.

\_\_\_\_\_  
Impreso del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Relación del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de la práctica

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la práctica/testigo

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAR Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y  
AUTORIZACIÓN PARA PAGOS DE SEGURO DIRECTOS A  
Dr. Scott Farley DO, Comprehensive Spine Center**

**Propósito.** El propósito de esta Asignación es ayudar a la Oficina a recaudar de varios Pagadores que pueden ser responsables de pagar mis Cargos. En consecuencia, acepto lo siguiente y dirijo a todos los Pagadores de la siguiente manera:

**Definiciones** En esta Asignación, los siguientes términos tendrán el siguiente significado: "Oficina" y "Clínica" se referirán al Dr. Scott Farley DO, Comprehensive Spine Center of Dallas; "Pagador" se referirá sin límite a cualquier compañía de seguros, plan de beneficios de salud, administrador y fiduciario, organización de mantenimiento de la salud, organización de proveedores preferidos e independientes, abogado, parte culpable, individuo y cualquier otra entidad que pueda elegir u obligarse al pagador desembolsar los ingresos, ya sea ahora o en el futuro; Las "ganancias" incluirán, sin límite, las ganancias de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, las ganancias de cualquier promesa de reembolso al pagador y las ganancias relacionadas con los siguientes beneficios, planes o edades de cobertura: beneficios de salud individuales y grupales, Medicare, Medicaid, compensación de trabajadores, discapacidad, responsabilidad, motorista sin seguro y con seguro insuficiente, sin culpa, beneficios de pagos médicos, protección de lesiones personales, salarios perdidos, servicios perdidos, daños a la propiedad y mala práctica; Los "cambios" incluirán, sin límite, los honorarios completos por los servicios de la Oficina (incluidos, entre otros, tratamiento, equipo médico, suministros, suplementos, informes narrativos, fotocopias, declaraciones y testimonios), cualquier Costo de Cobro incurrido por la Oficina, intereses y morosidad. sanciones en la medida permitida por la ley, y cualquier otro cargo incurrido por mí en la Oficina; Los "Costos de cobro" incluirán, sin límite, los costos judiciales previos y posteriores al fallo, los honorarios de presentación, los cargos por servicios procesales, los honorarios de abogados y cualquier otro costo de cobro incurrido por la Oficina en cualquier esfuerzo o acción para cobrar mis Cargos de yo o de cualquier pagador.

**Asignación de Beneficios. Por la presente, asigno y transfiero a Comprehensive Spine Center la causa de la acción que existe o puede existir a mi favor hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas, generadas en mi tratamiento, en contra de dichas compañías o partes, entidad (es) o persona (s) (cuyo (s) nombre (s) se cree (n) que se establece correctamente en este documento) que yo o Comprehensive Spine Center creemos que es la (s) empresa (s) y / o parte (s) responsable (s), entidad (es) o individuo / s. Además, autorizo a Comprehensive Spine Center a procesar dichas acciones hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas a mi nombre o como Comprehensive Spine Center como Comprehensive Spine Center lo verá conveniente. También autorizo a Comprehensive Spine Center a comprometer, resolver o de otra manera resolver dichos reclamos por facturas médicas generadas en mi tratamiento, según lo considere conveniente el Comprehensive Spine Center. Sin embargo, se entiende que hasta que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables para cobrar las sumas adeudadas por la (s) compañía (s) de seguro y / u otra (s) parte (s) responsable (s), entidad (es) y / o individuo (s), Comprehensive Spine Center of Dallas se abstendrá de intentos y esfuerzos para cobrar los montos que se me deben directamente. Entiendo que cualquier cantidad que Comprehensive Spine Center no recaude de los ingresos del seguro y / u otras partes responsables, entidades y / o individuos**

**(ya sea todo o parte de lo que se debe), yo personalmente debo a Comprehensive Spine Center, hasta, pero sin exceder, la cantidad total de facturas médicas generadas en mi tratamiento y acepto pagar de la manera actual. De acuerdo con estos términos, por la presente ordeno a todas y cada una de las entidades que pagan cualquier dinero que realicen dichos pagos directamente, inmediatamente y exclusivamente a nombre del Dr. Scott Farley DO, Comprehensive Spine Center en la medida de dichos cargos o cantidad acordada por Comprehensive Spine Center. De acuerdo con estos términos, por la presente ordeno a todos y cada uno de los Pagadores, que paguen los Ingresos directamente, de inmediato y exclusivamente a nombre del Dr. Scott Farley DO, Comprehensive Spine Center of Dallas en la medida de mis Cargos.**

**Dirección específica para cualquier abogado que conserve, como en casos de accidentes.** En el caso de que contrate a uno o más abogados para que me ayuden a recaudar cualquier Producto, por este medio ordeno (y la Oficina lo solicita) a cada abogado que notifique de inmediato a la Oficina sobre cualquier Producto recibido por el abogado, para que pague puntualmente a la Oficina en su totalidad de dichos ingresos, y para proporcionar una contabilidad completa de dichos ingresos a la Oficina. Estoy de acuerdo en que el propósito de cualquier Producto recibido por el abogado será pagar mis Cargos. También solicito al abogado que divulgue completamente la Oficina con respecto a mi caso.

**Otra autorización de divulgación.** Por la presente, ordeno a todos los Pagadores que divulguen a la Oficina cualquier información pertinente con respecto a cualquier cobertura que pueda tener, incluyendo, sin límite, el monto de la cobertura, el monto pagado hasta el momento y el monto de cualquier reclamo pendiente. Autorizo y ordeno a la Oficina que divulgue cualquier información relacionada con mi tratamiento o pertinente a mi (s) caso (s) a todos los Pagadores, incluida, sin límite, una copia de mis Cargos y una copia de esta Asignación.

**Diverso.** Salvo lo dispuesto en este párrafo, esta Cesión no se modificará ni revocará sin el consentimiento expreso y por escrito de la Oficina. Por la presente revoco, con el consentimiento de la Oficina, los términos de cualquier documento firmado previamente, pero solo en la medida en que dichos términos entren en conflicto con los términos de esta Asignación. Estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disposiciones de esta Asignación son razonablemente necesarias para la protección de los derechos e intereses de la Oficina y de mí mismo. Sin embargo, si se determina que alguna disposición de esta Asignación es inválida, ilegal o inaplicable, o por alguna razón deja de ser vinculante para cualquiera de las partes, todas las demás partes y disposiciones de esta Asignación, sin embargo, permanecerán en pleno vigor y efecto. Esta Cesión se regirá por las leyes del estado donde se encuentra la Oficina, y se puede realizar en el condado donde se encuentra la Oficina. En cualquier acción basada en esta Asignación, doy mi consentimiento a la jurisdicción personal y el lugar de cualquier tribunal en dicho condado y renuncio a todas las objeciones basadas en la jurisdicción inadecuada, el lugar o los inconvenientes del foro. Además renuncio a cualquier estatuto de limitaciones que pueda aplicarse en cualquier acción basada en esta Asignación.

**Autorización de Causa de Acción.** Por la presente, asigno y transfiero a Comprehensive Spine Center la causa de la acción que existe o puede existir a mi favor hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas, generadas en mi tratamiento, en contra de dichas compañías o

partes, entidad (es) o persona (s) (cuyo (s) nombre (s) se cree (n) que se establece correctamente en este documento) que yo o Comprehensive Spine Center creemos que es la (s) empresa (s) y / o parte (s) responsable (s), entidad (es) o individuo / s. Esta asignación y transferencia incluirá, entre otros, cualquier derecho o reclamo que pueda tener de y contra todas las fuentes, personas o entidades, incluidas, entre otras, cobertura de seguro médico, cobertura de seguro de responsabilidad civil, Protección contra lesiones personales (PIP), Médica Cobertura de pagos, sin seguro Cobertura de automovilista y cobertura de automovilista con seguro insuficiente. Además, autorizo a Comprehensive Spine Center a enjuiciar y / o iniciar una / s acción / es para la recuperación hasta el monto de mis facturas médicas, pero sin excederlo, que pueden procesarse a mi nombre o como Comprehensive Spine Center de la manera en que Comprehensive Spine Center verá ajuste. También autorizo a Comprehensive Spine Center a comprometer, resolver o de otra manera resolver dichos reclamos por facturas médicas generadas en mi tratamiento, según lo considere conveniente el Comprehensive Spine Center. Sin embargo, se entiende que hasta que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables para cobrar las sumas adeudadas por la (s) compañía (s) de seguro y / u otra (s) parte (s) responsable (s), entidad (es) y / o individuo (s), Comprehensive Spine Center of Dallas se abstendrá de intentar y los esfuerzos para cobrar las cantidades que se me deben directamente. Entiendo que cualquier cantidad de Comprehensive Spine Center of Dallas no recauda de los ingresos del seguro y / u otras partes responsables, entidades y / o personas individuales (ya sea todo o parte de lo que se debe), personalmente le debo al Comprehensive Spine Center of Dallas, pero no exceder la cantidad total de facturas médicas generadas en mi tratamiento y acepto pagar de manera actual.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

He leído, entiendo y acepto los términos de esta Asignación.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre con custodia o tutor legal, en nombre del paciente

Impresión \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Antes de firmar este documento se me fue traducido en mi lengua materna que es el español.**

**Before signing this document, it was translated, if necessary, to me in my native language of Spanish.**

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Translator: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN PARA TRATAR Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA PAGOS DE SEGURO DIRECTOS A METROPLEX DME**

**Propósito.** El propósito de esta Asignación es ayudar a la Oficina a recaudar de varios Pagadores que pueden ser responsables de pagar mis Cargos. En consecuencia, acepto lo siguiente y dirijo a todos los Pagadores de la siguiente manera:

**Definiciones** En esta Asignación, los siguientes términos tendrán el siguiente significado: "Oficina" y "Clínica" se referirán a METROPLEX DME; "Pagador" se referirá sin límite a cualquier compañía de seguros, plan de beneficios de salud, administrador y fiduciario, organización de mantenimiento de la salud, organización de proveedores preferidos e independientes, abogado, parte culpable, individuo y cualquier otra entidad que pueda elegir u obligarse al pagador desembolsar los ingresos, ya sea ahora o en el futuro; Las "ganancias" incluirán, sin límite, las ganancias de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto, las ganancias de cualquier promesa de reembolso al pagador y las ganancias relacionadas con los siguientes beneficios, planes o edades de cobertura: beneficios de salud individuales y grupales, Medicare, Medicaid, compensación de trabajadores, discapacidad, responsabilidad, motorista sin seguro y con seguro insuficiente, sin culpa, beneficios de pagos médicos, protección de lesiones personales, salarios perdidos, servicios perdidos, daños a la propiedad y mala práctica; Los "cambios" incluirán, sin límite, los honorarios completos por los servicios de la Oficina (incluidos, entre otros, tratamiento, equipo médico, suministros, suplementos, informes narrativos, fotocopias, declaraciones y testimonios), cualquier Costo de Cobro incurrido por la Oficina, intereses y morosidad. sanciones en la medida permitida por la ley, y cualquier otro cargo incurrido por mí en la Oficina; Los "costos de cobro" incluirán, sin límite, los costos judiciales previos y posteriores al juicio, la presentación honorarios, cargos por servicios procesales, honorarios de abogados y cualquier otro costo de cobro incurrido por la Oficina en cualquier esfuerzo o acción para cobrar mis Cargos, ya sea de mí o de cualquier Pagador.

**Asignación de Beneficios.** Por la presente, asigno y transfiero a METROPLEX DME la causa de acción que existe o puede existir a mi favor hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas, generadas en mi tratamiento, contra dicha empresa / s y / o parte / s, entidad / s o individuo / s (cuyo (s) nombre (s) se cree (n) que se establece correctamente aquí) que yo o METROPLEX DME creemos que es la (s) compañía (s) y / o parte (s) responsable (s), entidad (s) o individuo / s. Además, autorizo a METROPLEX DME a procesar dichas acciones hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas a mi nombre o como METROPLEX DME como METROPLEX DME lo considere conveniente. También autorizo a METROPLEX DME a comprometer, liquidar o de otra manera resolver dichos reclamos por facturas médicas generadas en mi tratamiento, como METROPLEX DME lo considere conveniente. Sin embargo, se entiende que hasta que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables para cobrar las sumas adeudadas por la (s) compañía (s) de seguro y / u otra (s) parte (s) responsable (s), entidad (es) y / o individuo (s), METROPLEX DME se abstendrá de realizar intentos y esfuerzos para cobrar las cantidades que se me deben directamente. Entiendo que cualquier cantidad que METROPLEX DME no recaude del producto del seguro y / u otras partes responsables, entidades y / o individuos (ya sea todo o parte de lo que se debe), personalmente le debo a METROPLEX DME , hasta, pero sin exceder, la cantidad total de facturas médicas generadas en mi tratamiento y acepto pagar de la manera actual. De acuerdo con estos términos, por la presente ordeno a todas y cada una de las entidades que pagan cualquier dinero que realicen dichos pagos directamente, de forma inmediata y exclusiva

**a nombre de METROPLEX DME en la medida de dichos cargos o monto acordado por METROPLEX DME. De acuerdo con estos términos, por la presente ordeno a todos y cada uno de los Pagadores, que paguen los Ingresos directamente a, inmediatamente y exclusivamente a nombre de METROPLEX DME en la medida de mis Cargos.**

**Dirección específica para cualquier abogado que conserve, como en casos de accidentes.** En el caso de que contrate a uno o más abogados para que me ayuden a recaudar cualquier Producto, por este medio ordeno (y la Oficina lo solicita) a cada abogado que notifique de inmediato a la Oficina sobre cualquier Producto recibido por el abogado, para que pague puntualmente a la Oficina en su totalidad de dichos ingresos, y para proporcionar una contabilidad completa de dichos ingresos a la Oficina. Estoy de acuerdo en que el propósito de cualquier Producto recibido por el abogado será pagar mis Cargos. También solicito al abogado que divulgue completamente la Oficina con respecto a mi caso.

**Otra autorización de divulgación.** Por la presente, ordeno a todos los Pagadores que divulguen a la Oficina cualquier información pertinente con respecto a cualquier cobertura que pueda tener, incluyendo, sin límite, el monto de la cobertura, el monto pagado hasta el momento y el monto de cualquier reclamo pendiente. Autorizo y ordeno a la Oficina que divulgue cualquier información relacionada con mi tratamiento o pertinente a mi (s) caso (s) a todos los Pagadores, incluida, sin límite, una copia de mis Cargos y una copia de esta Asignación.

**Diverso.** Salvo lo dispuesto en este párrafo, esta Cesión no se modificará ni revocará sin el consentimiento expreso y por escrito de la Oficina. Por la presente revoco, con el consentimiento de la Oficina, los términos de cualquier documento firmado previamente, pero solo en la medida en que dichos términos entren en conflicto con los términos de esta Asignación. Estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disposiciones de esta Asignación son razonablemente necesarias para la protección de los derechos e intereses de la Oficina y de mí mismo. Sin embargo, si se determina que alguna disposición de esta Asignación es inválida, ilegal o inaplicable, o por alguna razón deja de ser vinculante para cualquiera de las partes, todas las demás partes y disposiciones de esta Asignación, sin embargo, permanecerán en pleno vigor y efecto. Esta Cesión se regirá por las leyes del estado donde se encuentra la Oficina, y se puede realizar en el condado donde se encuentra la Oficina. En cualquier acción basada en esta Asignación, doy mi consentimiento a la jurisdicción personal y el lugar de cualquier tribunal en dicho condado y renuncio a todas las objeciones basadas en la jurisdicción inadecuada, el lugar o los inconvenientes del foro. Además renuncio a cualquier estatuto de limitaciones que pueda aplicarse en cualquier acción basada en esta Asignación.

**Autorización de Causa de Acción.** Por la presente, asigno y transfiero a Metroplex DME la causa de acción que existe o puede existir a mi favor hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas, generadas en mi tratamiento, contra dicha empresa / s y / o parte / s, entidad / s o individuo / s (cuyo nombre (s) se cree que se establece correctamente en este documento) que yo o Metroplex DME creemos que es la (s) compañía (s) y / o parte (s) responsable (s), entidad (s) o individuo (s) / s. Esta asignación y transferencia incluirá, entre otros, cualquier derecho o reclamo que pueda tener de y contra todas las fuentes, personas o entidades, incluidas, entre otras, cobertura de seguro médico, cobertura de seguro de responsabilidad civil, Protección contra lesiones personales (PIP), Médica Cobertura de pagos, cobertura de motorista sin seguro y cobertura de motorista con seguro insuficiente. Además, autorizo a Metroplex DME a enjuiciar y / o iniciar una / s acción / es para la recuperación hasta, pero sin exceder, el monto de mis facturas médicas que pueden procesarse en mi nombre o como Metroplex DME de la manera que

Metroplex DME lo considere conveniente. También autorizo a Metroplex DME a comprometer, liquidar o de otra manera resolver dichos reclamos por facturas médicas generadas en mi tratamiento, como Metroplex DME lo considere conveniente. Sin embargo, se entiende que hasta que se hayan hecho todos los esfuerzos razonables para cobrar las sumas adeudadas por la (s) compañía (s) de seguro y / u otra (s) parte (s) responsable (s), entidad (es) y / o individuo (s), Metroplex DME se abstendrá de realizar intentos y esfuerzos para cobrar las cantidades que se me deben directamente. Entiendo que cualquier cantidad que Metroplex DME no recaude del producto del seguro y / u otras partes responsables, entidades y / o individuos (ya sea todo o parte de lo que se debe), personalmente le debo a Metroplex DME , hasta, pero sin exceder, la cantidad total de facturas médicas generadas en mi tratamiento y acepto pagar de la manera actual.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

He leído, entiendo y acepto los términos de esta Asignación.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre con custodia o tutor legal, en nombre del paciente

Impresión \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Antes de firmar este documento se me fue traducido en mi lengua materna que es el español.**

**Before signing this document, it was translated, if necessary, to me in my native language of Spanish.**

Patient Signature/ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Translator/ Traductor: \_\_\_\_\_

Date /Fecha: \_\_\_\_\_

# Consentimiento de Telemedicina

- I. **Introducción.** La telemedicina implica la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento en tiempo real de una afección de salud utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones, que puede incluir el uso de audio, video u otros medios electrónicos interactivos. Como tal, la telemedicina le permite al proveedor ver y comunicarse con el paciente en tiempo real.
- II. **Consentimiento para el tratamiento.** Solicito voluntariamente a los médicos de Comprehensive Spine Center of Dallas y a los Médicos, Asistentes Médicos, Enfermeras Practicantes, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios ("Proveedores de Telemedicina de Comprehensive Spine Center of Dallas") para participar en mi consulta médica. cuidado mediante el uso de telemedicina. Entiendo que los proveedores de telemedicina integral de Comprehensive Spine Center of Dallas (i) pueden practicar en un lugar diferente al que presento para recibir atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona y (iii) confiar en la información proporcionada por mí. Reconozco que los consejos, recomendaciones y / o decisiones de los Proveedores de telemedicina de Comprehensive Spine Center of Dallas pueden basarse en factores que no están bajo su control, como datos incompletos o inexactos proporcionados por mí o distorsiones de imágenes de diagnóstico que pueden resultar de transmisiones electrónicas. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición y atención que sea completa y precisa lo mejor que pueda. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me otorgan garantías de resultado o cura. Si los Proveedores de telemedicina de Comprehensive Spine Center of Dallas integral determinan que los servicios de telemedicina no satisfacen adecuadamente mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica en persona. En el caso de que la sesión de telemedicina se interrumpa debido a un problema tecnológico o falla del equipo, se pueden implementar medios de comunicación alternativos o puede ser necesaria una evaluación médica en persona. Si tengo un problema urgente, como una reacción negativa a cualquier tratamiento después de una sesión de telemedicina, debo alertar a mi médico tratante y, en caso de emergencias, marcar el 911 o ir al departamento de emergencias del hospital más cercano.
- III. **Liberación de información.** Para facilitar la provisión de atención y / o tratamiento a través de la telemedicina, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de toda y parte de mi registro médico (incluida la información oral) a los Proveedores de Telemedicina Comprehensive Spine Center of Dallas. Entiendo y acepto que la información que autorizo a divulgarse puede incluir: 1) resultados de pruebas de SIDA / VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada; 2) resultados de análisis de drogas e información sobre el uso y tratamiento de drogas y alcohol; 3) información de salud mental; y 4) información genética. Entiendo que la divulgación de mi información médica a los Proveedores de Telemedicina de Comprehensive Spine Center of Dallas, incluido el audio y / o video, se realizará por transmisión electrónica. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información al evitar la revisión no autorizada, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es una tecnología nueva y en desarrollo y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas en las salvaguardas de seguridad o manipulación ilegal e indebida. Certifico que me han explicado completamente este formulario, que lo he leído o me lo han leído, y que entiendo su contenido.

---

**Nombre del paciente impreso**

---

**Firma del paciente / representante personal**

---

**Relación con el paciente**

---

**Fecha**