

ANEXO III

(Healthcare Facility)

CONSENT TO RELEASE OF INFORMATION TO COUNTY OF RESIDENCE

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL CONDADO DE RESIDENCIA

Yo, el abajo firmante, entiendo que recibiré o he recibido servicios en la institución mencionada arriba y que a la hora del tratamiento, ya sea que tuve/no tuve cobertura de seguro médico y/o que yo no estoy enterado/a de alguna cobertura de seguro médico, comercial y de algún otro tipo a la cual la organización de atención de salud le pueda someter reclamos en mi favor con el fin de obtener el pago y/o beneficios relacionados para mi tratamiento de atención de salud. También afirmo que no soy elegible para las beneficios de atención de salud para el Indígena Nativo Americano ni soy un miembro de una tribu Nativa Americana y por eso los servicios médicos para la tribu Indígena American y/o la Administración de Asuntos Indígenas no son recursos potenciales para que el hospital someta los reclamos para mi tratamiento de salud. También afirmo que no he servido en ninguna rama de la fuerza militar por ningún período de tiempo, o que si yo he servido en alguna rama de la fuerza militar, la atención de salud que estoy recibiendo no es elegible o cubierta por la Administración del Veterano.

Yo entiendo que puedo tener o no los recursos financieros personales para pagar los costos del tratamiento de la atención médica y el cuidado que se recomienda por mi médico y, como tal, este formulario está firmado por mí para autorizar a todas las personas, agencias o instituciones (incluyendo esta organización de atención médica y mi médico (s)) para divulgarlo al director de bienestar, auditor, abogado del estado, y/o al comisionado del condado de mi residencia, información con respecto a mi número de seguro social, la información médica relacionada con mi tratamiento de salud, y mi información financiera con respecto a mí y / o los miembros de mi familia. Esta información será requerida por mi condado de residencia para tramitar los beneficios en mi nombre para que yo pueda ser elegible.

Al firmar, indico que entiendo perfectamente este Consentimiento para la Divulgación de Información, y que estoy firmando abajo por mi propia voluntad.

Fechado el día _____ de _____, año.

*Número de Seguro Social del Paciente

*Condado de Residencia

*Paciente

Representante del Paciente

*Testigo

Testigo

* # de Cuenta

*Exigido