



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

Autorización para el tratamiento: Consiento voluntariamente la administración y el coste de los procedimientos médicos, de enfermería, quiropráctico y quirúrgico para mí o mi dependiente.

Autorización para el uso del correo electrónico/teléfono móvil: Autorizo voluntariamente el uso de mi correo electrónico personal y/o teléfono celular vía llamada o texto para recibir boletines, campañas de marketing o notificaciones. Esto NO se utilizará para mis registros médicos privados o información de salud.

Asignación de beneficios del seguro: Autorizo el pago directamente a OneCare Health-Advanced Practice Health & Wellness, LLC, sus propietarios, afiliados y o proveedores de todos los beneficios que de otro modo me corresponderían.

Garantía de pago: Entiendo que soy financieramente responsable y acepto pagar todos los cargos que no sean pagados o facturados al seguro o a cualquier otro tercero pagador. Entiendo que debo pagar en su totalidad hoy por todos los servicios prestados. También entiendo que si mi seguro es aceptado, debo pagar hoy todos los copagos, coaseguros y deducibles aplicables del seguro. Si usted se atrasa en los pagos a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC, podemos enviar su factura a finanzas. Para aquellos que presentan una solicitud de forma independiente a su portador podemos proporcionar una factura detallada para los servicios a petición previa del paciente por escrito. Sin embargo, queda para total discreción de la compañía de seguros el aceptar / cubrir la solicitud (s). OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC no será responsable de las solicitudes no cubiertas/rechazadas de los asegurados/compañías.

Divulgación de registros: Autorizo a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC a divulgar (verbalmente o por escrito) información médica confidencial a cualquier persona o entidad, incluyendo mi compañía de seguros, mi empleador si el tratamiento está relacionado con propósitos de empleo, u otras operaciones de atención médica que puedan ser responsables ante mí o mi(s) médico(s) por los cargos de este tratamiento y para la gestión de la calidad, la revisión de la utilización, la transferencia y el seguimiento.

Recepción de la práctica de privacidad (términos y condiciones): Reconozco que he recibido y leído el aviso de prácticas de privacidad de OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC, que incluye la declaración de derechos del paciente del Estado de

Nueva York, y los términos y condiciones. Entiendo que una copia de este acuerdo puede ser utilizada con la misma eficacia que el original.

Autorización para fotos/vídeos/medios sociales/mercadotecnia/relaciones públicas: Por la presente concedo a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC el permiso para utilizar mi imagen en una fotografía, vídeo u otros medios digitales en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas las publicaciones basadas en la web y las cuentas de los medios sociales, sin pago u otra consideración. Entiendo y acepto que todas las fotos serán propiedad de OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC y no serán devueltas. Por la presente autorizo irrevocablemente a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir estas fotos para cualquier propósito legal. Además, renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto final en el que aparezca mi imagen. Además, renuncio a cualquier derecho a los derechos de autor u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de la foto/vídeo. Por la presente, eximo de responsabilidad, libero y descargo para siempre a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC de todas las reclamaciones, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tenga o pueda tener por razón de esta autorización.

Firma

Paciente/Familiar/Representante/Tutor

Nombre completo

Relación, si es distinta a la del paciente

Fecha