

**Autorización y acuse de recibo de las prácticas de  
confidencialidad y los procedimientos de  
facturación de Impact**

Estas autorizaciones/acuse de recibo amparan todos los servicios que se presten, ya sea a mí o al paciente en nombre del cual estoy firmando, hoy y en el futuro. Comprendo que puedo revocar esta autorización informando a Impact por escrito, pero si lo hago, esto no afectará en nada lo que haya ocurrido antes de la fecha en que Impact reciba la revocación.

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de confidencialidad y  
autorización para dar información a familiares, amigos u otros**

He recibido una copia del Aviso de prácticas de confidencialidad de Impact. Autorizo a Impact a proporcionar cualquier información acerca de mi tratamiento, incluyendo resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos, a los siguientes individuos o entidades (Impact podría no divulgar información ni registros a personas o entidades a menos que usted las identifique aquí):

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Impact utilizará mi número telefónico de casa y mi dirección primaria proporcionada durante el proceso de registro, para ponerse en contacto conmigo acerca de mi tratamiento; incluyendo resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos. Cada vez que acuda a Impact, me aseguraré de que esta información esté actualizada.

**Autorización para dar tratamiento y facturar**

Acepto recibir tratamiento de Impact. Si no soy el paciente al que se dará tratamiento, declaro que estoy autorizado para aceptar el tratamiento y la facturación en nombre del paciente que se identifica al pie. Autorizo a Impact a facturar a mi seguro médico por la atención que reciba y a proporcionar cualquier información que la aseguradora requiera para procesar dicha factura. Autorizo el pago de beneficios médicos a Impact, o a los laboratorios externos que se describan al pie, por todos los servicios prestados y facturados por Impact. Comprendo que soy responsable de todos los cargos a los que dé lugar el tratamiento que reciba de Impact. Comprendo que los proveedores de Impact podrían utilizar el servicio del Programa de monitoreo de recetas, sin cargo adicional para mí.

Como cortesía, Impact facturará directamente a mi seguro médico. Si no proporciono a Impact información completa y precisa acerca de mi aseguradora, comprendo que Impact podría no recibir el pago por parte de mi seguro y que, en ese caso, el pago de la factura será enteramente mi responsabilidad. Incluso después de que mi aseguradora pague la factura de Impact, es posible que yo adeude a Impact el pago por servicios que no estén cubiertos por mi seguro médico y acepto pagar por ellos directamente a Impact, de forma expedita. Comprendo que Impact podría enviar muestras para análisis a un laboratorio externo. Autorizo a cualquier laboratorio que realice un trabajo para mí, a que facture a mi seguro médico por sus servicios. Comprendo que mi seguro médico podría no pagar por todos los servicios que proporcione el laboratorio y acepto pagar por el saldo restante, de manera expedita, a cualquier laboratorio externo que me proporcione servicios. Comprendo que Impact no es responsable del pago a laboratorios externos, por los estudios que realicen en relación con mi caso.

Para proteger mi confidencialidad y evitar el fraude, comprendo que si no puedo proporcionar una identificación con fotografía aceptable al momento del servicio, Impact podría decidir no facturar a la aseguradora y podría rechazar el pago con tarjeta de crédito/débito o con cheque. Comprendo que si no pago por los servicios que Impact me proporcione, la factura por el saldo adeudado podría enviarse a una empresa de cobranzas y podría incurrirse en gastos por cobranza de hasta un 25% adicional a la cantidad adeudada por los servicios o el tratamiento proporcionado. Comprendo que puedo ponerme en contacto con Impact para llegar a un arreglo para el pago y que esto puede evitar que incurra en costos adicionales.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente  
Representante \* \_\_\_\_\_ Relación con el paciente\* \_\_\_\_\_

\*(Obligatorio si el paciente es menor de edad o si no puede firmar este formulario.)