

**Autorización y acuse de recibo de las prácticas de  
confidencialidad y los procedimientos de  
facturación de Dr J Express Care**

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 Dr J Express Care por escrito, pero si lo hago, esto no afectará en nada lo que haya ocurrido antes de la fecha en que Dr J Express Care 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 Dr J Express Care. Autorizo a Dr J Express Care a proporcionar cualquier información acerca de mi tratamiento, incluyendo resultados de laboratorio, radiografías y registros médicos, a los siguientes individuos o entidades (Dr J Express Care 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 \_\_\_\_\_

Dr J Express Care 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 Dr J Express Care, me aseguraré de que esta información esté actualizada.

**Autorización para dar tratamiento y facturar**

Acepto recibir tratamiento de Dr J Express Care. 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 Dr J Express Care 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 Dr J Express Care, o a los laboratorios externos que se describan al pie, por todos los servicios prestados y facturados por Dr J Express Care. Comprendo que soy responsable de todos los cargos a los que dé lugar el tratamiento que reciba de Dr J Express Care. Comprendo que los proveedores de Dr J Express Care podrían utilizar el servicio del Programa de monitoreo de recetas, sin cargo adicional para mí.

Como cortesía, Dr J Express Care facturará directamente a mi seguro médico. Si no proporciono a Dr J Express Care información completa y precisa acerca de mi aseguradora, comprendo que Dr J Express Care 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 Dr J Express Care, es posible que yo adeude a Dr J Express Care el pago por servicios que no estén cubiertos por mi seguro médico y acepto pagar por ellos directamente a Dr J Express Care, de forma expedita. Comprendo que Dr J Express Care 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 Dr J Express Care 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, Dr J Express Care 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 Dr J Express Care 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 Dr J Express Care 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.)