

NOMBRE DEL CLIENTE: _____
Apellido Nombre InicialesDIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad, estado, código postalNÚMERO DE TELÉFONO: _____
Móvil Particular Laboral

CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PARTE RESPONSABLE: _____
Nombre Relación Fecha de nacimiento

NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA: _____

DIRECCIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA: _____

TELÉFONO DEL MÉDICO: _____ FAX: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
Nombre Relación Teléfono

- ¿Ha sido cliente de HearUSA anteriormente? Sí No
En caso afirmativo, ¿de qué sucursal? _____
- ¿Cómo se enteró de HearUSA? _____
- ¿Esta visita está cubierta por un plan de seguro médico? Sí No
En caso afirmativo, presente su tarjeta de identificación de miembro y/o su derivación, si corresponde.
- ¿Esta visita está cubierta por otros pagadores? Sí No
- (Ejemplo: indemnización laboral, un plan de seguro médico secundario, el plan de seguro de un familiar, su empleador, etc.)
En caso afirmativo, presente su tarjeta de identificación de miembro y/o su derivación, si corresponde.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, otorgo mi consentimiento a HearUSA (el "proveedor") para que use y divulgue mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información más detallada sobre cómo el proveedor puede usar y divulgar mi información médica protegida.

Si bien el proveedor no vende información de pacientes a terceros, al firmar más abajo, a menos que decida excluirse marcando la casilla a continuación, usted otorga expresamente su consentimiento para recibir llamadas, incluidas llamadas con marcación automática y mensajes pregrabados, correos electrónicos, correo de comercialización y mensajes de texto de HearUSA, sus filiales y socios de comercialización, sus agentes y otros que llamen en nombre de HearUSA, a cualquier número de teléfono que usted haya proporcionado o pueda proporcionar en el futuro (incluidos los números de teléfono móvil). Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

Decido excluirme de recibir tales llamadas y mensajes de comercialización.

Puedo elegir a otra persona para que me ayude con mis visitas clínicas o hable con el proveedor en mi nombre. Esta persona requiere mi permiso por escrito para analizar mi tratamiento e información médica privada. Elijo designar a la persona a continuación para que tenga este acceso. Si no hay tal persona, deje la opción en blanco.

_____ (nombre completo), _____ (relación).

Tengo el derecho legal de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del proveedor antes de firmar este consentimiento. Le recomendamos que lo lea en su totalidad en <https://www.hearusa.com/about-us/hipaa-policy/>. El Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios y se actualizará en consecuencia. Tengo derecho a solicitar este aviso en un formato no electrónico.

Tengo derecho a solicitar que el proveedor restrinja la forma en que usa y divulga mi información médica protegida para fines de comercialización, tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Es posible que la ley no le exija al proveedor que conceda mi solicitud, dependiendo de la naturaleza de la misma. Sin embargo, si el proveedor decide conceder mi solicitud, estará obligado por nuestro acuerdo. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya se haya usado o divulgado mi información médica protegida en función de dicho consentimiento.

Para proporcionarme el mejor servicio al cliente y la mejor experiencia del paciente, la cita podrá monitorearse o grabarse con fines de control de calidad y capacitación. Si no deseo que se monitoree o se grabe mi cita, marcaré esta casilla.

Firma _____

Fecha _____