



**Fauquier County
EMS Revenue Recovery Department**

210 Hospital Dr.
Warrenton, VA 20186
(540) 422-8812 Office
(540) 422-8819

Aviso COMBINADO A PACIENTES AMBULATORIOS

Aviso de HIPAA de las prácticas de la aislamiento

El personal de la emergencia con el condado de Fauquier está proveyendo de usted un folleto separado, titulado “aviso de las prácticas de la aislamiento,” según los requisitos del código de las regulaciones federales (sección 164.520 de 45 CFR). Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y ser revelado y cómo usted puede conseguir el acceso a tal información. Repáselo por favor cuidadosamente.

El Condado de Fauquier esta requerido por el Acta de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 para proteger el aislamiento de la información de salud obtenida al tratarle (conocido como la información o PHI protegida de la salud) y para proveer de usted un aviso de las prácticas de aislamiento referentes al uso de tal información después del servicio. Este aviso describe cómo y cuándo nuestra agencia puede utilizar y divulgar su PHI junto con describir las sus derechas legales referente al uso y al acceso de tal información. Este aviso también proporciona la información del contacto para las preguntas y para obtener ayuda adicional si usted necesita más ayuda. Nuestra agencia es requerida habitar por los términos de este aviso mientras esté en efecto. Reservamos la derecha de cambiar los términos de este aviso y de aplicar tales cambios a toda la información protegida de la salud que mantengamos. Una copia de nuestra política de aislamiento actual (o revisado) está siempre disponible en nuestra oficina de negocio o en nuestro pagina de Web.

Firmando esta forma, yo, o la persona que firma por mí, reconozca la recepción de un “aviso de aislamiento practica” de personal de emergencia con el condado de Fauquier. Entiendo que el aviso que recibí explica mis derechos y contiene la información para asistirme si tengo preguntas o una queja.

Permiso de utilizar la información de Healthcare para los propósitos de la facturación y la declaración financiera de la responsabilidad

Firmando esta forma autorizo el condado de Fauquier para difundir cualquier información, incluyendo la información o la PHI protegida de la salud, a cualquier compañía de seguros, representante de la compañía de seguros u otro autorizado para el propósito de pagar mis honorarios y cargas de la ambulancia. Autorizo cualquier sostenedor de la información o de la documentación de salud, incluyendo la PHI, necesitada para determinar las ventajas o las ventajas pagaderas para los servicios relacionados o cualquier servicio rendidos a mí ahora o en el futuro ser lanzado al condado de Fauquier si está solicitado. Autorizo eso que el pago directo sea hecho por cualquier compañía de seguros u otros terceros para cualesquiera honorarios y cargas de ambulancia que sean reembolsables y debidos por mí al condado de Fauquier.

Firmando esta forma entiendo que si tengo seguro medico soy responsable de proporcionar mi información de seguro al condado de Fauquier con el fin de pagar todos los honorarios y cargas de ambulancia. También entiendo que en el caso que no sea cooperativo o rechazo proporcionar mi información de seguro y/o la información subsiguiente para apoyar la limadura de una demanda de seguro en mi favor, el condado de Fauquier puede determinarse que yo solo seré

NOTE A LOS BENEFICIARIOS DE SEGURO DE ENFERMEDAD

Las reglas actuales de Medicare y las regulaciones nos requieren notificarle que cuando los servicios proporcionados, o al ser proporcionado, puede que **no** sea cubierto por Medicare. Medicare paga servicios que se determina de ser la sección inferior razonable y necesaria (a) 1882 (1) del acta de la Seguridad Social. Si Medicare determina que un servicio particular, aunque sería cubierto de otra manera, **no** es Razonable y necesario bajo estándares del programa de Medicare, Medicare negará el pago para ese servicio.

Con la información que hemos podido obtener hasta el momento, creemos actualmente que para los servicios que usted ha solicitado, o está alrededor de recibir, o que te fueron proporcionados en _____ por el Condado de Fauquier, es probable que Medicare les **niega** pago. Por lo tanto, nos requieren dar el aviso que le aconsejan que si Medicare niegue a pagarnos, usted será responsable por pagarlo por completo.

Lea por favor esta declaración y firma: El Condado de Fauquier me he notificado que creen que en este caso Medicare es probable para negar el pago para los artículos/los servicios identificados arriba, por la razón indicada. Si Medicare niega el pago, entiendo que seré personalmente responsable del balance de la cuenta.

Paciente o Persona Responsable

Nombre del Paciente o Firma del Grupo Responsable

Fecha

responsable por todos los honorarios y cargas de la ambulancia directamente y que seré responsable de pagar estos honorarios y cargas dentro de treinta (30) días de tal determinación.

NOTE A LOS BENEFICIARIOS DE SEGURO DE ENFERMEDAD

Las reglas actuales de Medicare y las regulaciones nos requieren notificarle que cuando los servicios proporcionados, o al ser proporcionado, puede que **no** sea cubierto por Medicare. Medicare paga servicios que se determina de ser la sección inferior razonable y necesaria (a) 1882 (1) del acta de la Seguridad Social. Si Medicare determina que un servicio particular, aunque sería cubierto de otra manera, **no** es Razonable y necesario bajo estándares del programa de Medicare, Medicare negará el pago para ese servicio.

Con la información que hemos podido obtener hasta el momento, creemos actualmente que para los servicios que usted ha solicitado, o está alrededor de recibir, o que te fueron proporcionados en _____ por el Condado de Fauquier, es probable que Medicare les **niega** pago. Por lo tanto, nos requieren dar el aviso que le aconsejan que si Medicare niegue a pagarnos, usted será responsable por pagarlo por completo.

Lea por favor esta declaración y firma: El Condado de Fauquier me he notificado que creen que en este caso Medicare es probable para negar el pago para los artículos/los servicios identificados arriba, por la razón indicada. Si Medicare niega el pago, entiendo que seré personalmente responsable del balance de la cuenta.

Paciente o Persona Responsable Nombre del Paciente o Firma del Grupo Responsable Fecha

Todos los pacientes satisfacen leyeron esta declaración y muestra: Firmando esta declaración que reconozco que he leído, que entienda y que convenga los términos y las condiciones explicados arriba. Además, reconozco la recepción de un folleto separado titulado “aviso de la aislamiento practico” de personal de la emergencia con el condado HIPAA que explica de Fauquier y las mis derechas según lo descrito por la ley.

Nombre paciente o responsable del partido Firma paciente o responsable del partido Fecha

Incident/Call/Report Number: _____ PCR Form Number: _____
Patient unable to sign due to the following reason: Notice provided to individual listed below: Relationship: Crew Initials: _____

| | |
|--|---|
| Incident/Call/Report Number: _____ | PCR Form Number: _____ |
| <input type="checkbox"/> Patient unable to sign due to the following reason: _____ | Notice provided to individual listed below: _____ |
| Relationship: _____ | Crew Initials: _____ |