

# Firma de Ambulancia/ Presentación de Reclamo Firma de Autorización

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Transporte: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de Prácticas de Privacidad:** Firmar a continuación, el firmante reconoce que [ABC Servicio de Ambulancia (ABC)] ha facilitado una copia de su Aviso Prácticas de Privacidad para el paciente u otra persona con instrucciones para proporcionar el Aviso al paciente. \*Una copia de este formulario es válida como un original\*

## SECCIÓN I - FIRMA DEL PACIENTE

El paciente debe firmar aquí a menos que el paciente sea física o mentalmente incapaz de firmar.  
NOTA: si el paciente es menor de edad, el padre o tutor legal debe firmar en esta sección.

Autorizo la presentación de una reclamación a Medicare, Medicaid, o cualquier otro pagador de los servicios prestados por [ABC] ahora, en el pasado, o en el futuro, hasta el momento en que revocó esta autorización por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios y suministros que me proporciona [ABC], independientemente de mi cobertura de seguro, y en algunos casos, puede ser responsable de una cantidad además de la que pagada por mi seguro. Acepto remitir inmediatamente a [ABC] cualquier pago que reciba directamente del seguro o cualquier fuente por los servicios que me proporcionaron y cedo todos los derechos sobre dichos pagos a [ABC]. Autorizo [ABC] a apelar pagos, denegaciones u otras decisiones adversas en mi nombre. Autorizó y ordenó a cualquier titular de información médica, de seguros, de facturación u otra información relevante sobre mí que divulgue dicha información a [ABC] y sus agentes de facturación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y/o cualquier otro pagador o aseguradoras y sus respectivos agentes o contratistas, según sea necesario para determinar estos u otros beneficios pagaderos por cualquier servicio que me proporcione [ABC], ahora, en el pasado o en el futuro. También autorizo [ABC] a obtener información médica, de seguros, de facturación y otra información relevante sobre mí de cualquier parte, base de datos u otra fuente que mantenga dicha información.

Si el paciente firma con una "X" u otra marca, el testigo debe firmar a continuación.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma o marca del Paciente Fecha Firma de testigo Fecha  
\_\_\_\_\_  
Dirección de testigos

## SECCIÓN II - FIRMA REPRESENTANTE AUTORIZADA

Completa esta sección sólo si el paciente es físico o mentalmente incapaz de firmar.

Describir las circunstancias que hacen que no sea práctico para el paciente firmar: \_\_\_\_\_

Estoy firmado en nombre del paciente para autorizar la presentación de una reclamación a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por cualquier servicio proporcionado al paciente por [ABC] ahora o en el pasado o en el futuro. Al firmar a continuación, reconozco que soy uno de los firmantes autorizados que se enumeran a continuación. **Mi firma no es una aceptación de la responsabilidad financiera por los servicios prestados.**

El representante autorizado incluye **únicamente** las siguientes personas:

Guardián legal del paciente

Relativo o otra persona que reciba la seguridad social u otros beneficios del gobierno en nombre del paciente

Relativo o otra persona que organice el tratamiento del paciente o ejerza otra responsabilidad en los asuntos del paciente

Representante de una agencia o institución que no proporcionó los servicios para los que se reclama el pago (servicios de ambulancia) pero proporcionó otros cuidados, servicios o asistencia al paciente

X \_\_\_\_\_  
Firma Representativa Fecha Nombre Impreso del Representante

## SECCIÓN III - TRIPULACIÓN DE AMBULANCIAS O FIRMAS DE INSTALACIONES RECEPTORAS

Completa esta sección sólo si: (1) el paciente era física o mentalmente incapaz de firmar, y (2) ningún representante autorizado (sección II) estaba disponible o dispuesto a firmar en nombre del paciente en el momento del servicio.

Describir las circunstancias que hacen poco práctico que el paciente firme: \_\_\_\_\_

Nombre y Ubicación del centro receptor: \_\_\_\_\_ Tiempo de la moneda: \_\_\_\_\_

Una firma a continuación autoriza la presentación de una reclamación a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por cualquier servicio proporcionado al paciente por [ABC].

### A. Declaración del miembro de la tripulación de Ambulancia (debe ser completada por el miembro de la tripulación en el momento del transporte)

Mi firma a continuación indica que, en el momento del servicio, el paciente era física o mentalmente incapaz de firmar, y que ninguno de los representantes autorizados enumerados en la Sección II de este formulario estaba disponible o dispuesto a firmar en nombre del paciente. **Mi firma no es una aceptación de la responsabilidad financiera por los servicios prestados.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del miembro de la tripulación Fecha Nombre Impreso y Título de miembro de la tripulación

### Recibir la firma representativa del centro

El paciente nombrado en este formulario fue recibido por este centro en la fecha y hora indicadas y este centro proporcionó atención, servicios o asistencia al paciente. **Mi firma no es una aceptación de la responsabilidad financiera or los servicios prestados.**

X \_\_\_\_\_  
Firma de la recepción del Representante del Mecanismo receptor Fecha Nombre Impreso y Título de Representante del centro

## AMBULANCIA DE LOS CUIDADORES Y LAS FIRMAS DEL CONDUCTOR (REQUERIDO)

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
La firma de Cuidador Principal Estatura Impresa Firma del Conductor Estatura Impresa