

Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett  
Autorización para Asignar Beneficios, Responsabilidad de Pago y Reconocimiento del Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad.

**AUTORIZACIÓN DE FACTURACION, RESPONSABILIDAD DE PAGO Y RECIBO DEL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Yo entiendo que so financieramente responsable por los servicios que me sean proveídos por el Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett sin tener en cuenta el seguro médico. Yo solicito que Medicare u otro seguro médico haga el pago de mis beneficios hechos en mi nombra a el Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett por servicios proveídos a mi persona por el Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett. Yo autorizo a cualquiera que tenga mi información médica o documentos que los suelte a los Centros de Medicare y los Servicios de Medicaid y a sus portadores y agentes, también como al Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett y a sus agentes de facturación y a cualquier otro seguro médico o pagador, cualquier información o documentos necesarios para determinar estos beneficios o beneficios que pueden ser pagados por servicios proveídos a mi persona por el Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett, ahora o en el futuro. Yo estoy de acuerdo a remitir inmediatamente al Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett cualquier pago que yo reciba directamente de cualquier fuente por servicios que se me han proveído y asigno todos los derechos de dicho pago al Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett.

También admito que he leído y/o he recibido una copia de Las Prácticas de Privacidad de Sistema Médico de Emergencias del Condado de Harnett. Una copia de este documento es tan válida como el original.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente (padre, etc)

El Paciente no puede firmar porque \_\_\_\_\_

Departamento de SME: HARNETT COUNTY EMS

Número de viaje: \_\_\_\_\_