



## ASIGNACIONES Y AUTORIZACIONES

Mi firma abajo indica mi aceptación y acuerdo de lo siguiente:

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Por medio de la siguiente doy mi permiso a White House Clinics para la evaluación y el tratamiento de la condición médica y/o dental presentada.

### **GARANTÍA DEL PAGO**

Consiento en ser responsable a White House clinics y/o sus delegados para gastos que resulten de los servicios dados en los precios predominantes. Entiendo que todas las cuentas son debidas en su totalidad sobre la demanda. Si dejo de honrar este acuerdo, consiento en pagar cualquier gasto de colección u honorarios del abogado que resulten de la colección de nuestra/mi cuenta.

### **ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Yo asigno todos los derechos y privilegios y autorizo pago directamente a White House Clinics o a sus delegados por cualquier reclamación archivada en mi nombre para beneficios de seguro- quirúrgico, médico, de incapacidad, sin falta/culpa, sin responsabilidad y seguridad hospitalaria hecha ahora o en el futuro. Estoy de acuerdo que esta asignación es primordial a cualquier asignación dada después de esta fecha incluyendo cualquier gasto relativo a los gastos del abogado. También entiendo que yo soy responsable a White House clinics y a sus delegados por gastos no cobrados por esta asignación o no pagados en una manera oportuna por mi compañía de seguro médico.

### **NOTICIA DE CONFIDENCIALIDAD**

Health Help, Inc. Reconoce y cumple con la ley federal nueva mandada por el Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPPA). Health Help, como un abastecedor de cuidado médico se esforzará para proteger toda la información del paciente de peticiones fuera de la clínica, al igual que de los empleados y personas de la clínica asegurándose que los protocolos sean ejecutados de manera que cumplan totalmente con los estándares de HIPPA. Si usted no entiende esta declaración de privacidad favor de notificar a uno de nuestros empleados y con gusto le ayudaremos.

Afirmo que he recibido una copia de las Noticias y Prácticas De Privacidad de White House Clinics y entiendo que van a usar y revelar mi información médica según lo descrito en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha