

Redfield Community Memorial Hospital (CMH),

Redfield/Clínica Doland y Durable Medical Equipment (Equipo Médico Duradero)

CONSENTIMIENTO DE EXONERACIÓN AL CONDADO DE RESIDENCIA

Yo, el abajo firmante, entiendo que voy a recibir o que he recibido servicios en el centro de salud mencionado arriba y que en el momento del tratamiento, ya sea que tuve / no tuve cobertura de seguro, y / o que no tengo conocimiento de ninguna cobertura de seguro médico, comercial o de otro tipo, a los cuales la institución médica puede presentar reclamos en mi nombre con el fin de obtener pagos y / o beneficios relacionados, ni soy miembro de una tribu de nativos americanos y, por lo tanto, los Servicios de Salud Indígenas y / o la Oficina de Asuntos Indígenas no son recursos potenciales para que el hospital pueda presentar reclamos por mi tratamiento de atención médica a mi nombre. También afirmo que no he servido en ninguna rama de las fuerzas armadas por ningún período de tiempo, o si he servido en una rama de las fuerzas armadas, la atención médica que estoy recibiendo no es elegible, ni está cubierta, por la Administración de Veteranos.

Entiendo que sea que tenga o no tenga los recursos financieros personales para pagar los costos del tratamiento y la atención de la salud según lo recomendado por mi médico a cargo / tratante y, como tal, firmo este formulario para autorizar a todas las personas, agencias o instituciones (incluida esta institución de atención médica y mi (s) médico (s) al director de welfare, auditor, fiscal estatal y / o comisionados de mi condado de residencia, información sobre mi número de seguro social, información médica sobre mi tratamiento de salud e información financiera sobre mí y / o los miembros de mi hogar. Esta información será requerida por mi condado de residencia para procesar los beneficios en mi nombre para los cuales pueda ser elegible.

Al firmar, indico que entiendo completamente este Consentimiento para la divulgación de información, y a continuación lo firmo voluntariamente.

Fecha este _____ día de _____, año.

*Número de Seguro Social de Paciente _____

*Condado de Residencia _____

*Paciente _____

Representante de Paciente _____

*Testigo _____

Testigo _____

*Número de Cuenta _____

*Requerido