



PROVIDENCE PHYSICIAN GROUP
CONSENT FOR TREATMENT AND AUTHORIZATION FOR PAYMENT

MEDICAL CONSENT: I consent to receive evaluation, care, and treatment from providers working at Providence Physician Group facilities. I understand such services may include examination, medical and surgical treatment, x-ray, laboratory, and other medical services performed or prescribed. I am aware that the practice of medicine is not an exact science and acknowledge that no guarantees or promises have been made as to the result of treatment or examination.

FINANCIAL AGREEMENT: I certify that the information given for payment under government or private health insurance is correct. I understand I am financially responsible to Providence Physician Group for all co-payments, deductibles, and coinsurance. In the event that I have no insurance or my insurance does not cover products or services provided to me, I am financially responsible to pay for those products and services.

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I hereby assign to Providence Physician Group any insurance or other third party benefits available for health care services provided to me. If those benefits are not assigned to Providence Physician Group, I agree to forward to Providence Physician group all health insurance and other third-party payments that I receive for services rendered to me immediately upon receipt.

RELEASE OF HEALTH INFORMATION TO PAYERS: I authorize Providence Physician Group to disclose my health information to my insurers, including the Centers for Medicare and Medicaid services or its representatives, if applicable, and others responsible for payment, auditing, and coordination of insurance claims.

MEDICARE QUESTIONNAIRE (REQUIRED BY MEDICARE) for patients on Medicare only

- 1. Are you 65 or older and have health insurance (besides Medicare), based on your own, or on your spouse's current employment?
2. Are any services related to Worker's Compensation Claim or Injury?
3. Are any services covered under the Federal Black Lung Program, Veteran's Administration, or End Stage Renal Disease Program?
4. Is there a No-fault or Liability (accident) Insurance available as the Primary Payer?

If YES to any of the above questions, please provide billing information to the receptionist. You will need to fill out the part 2 questionnaire.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: In accordance with Washington State law we keep a record of the health care services we provide you. You may ask to see and copy that record. You may also ask to correct that record. We will not disclose your record to others unless you direct us to do so or unless the law authorizes or compels us to do so. You may see your record or get more information about it by contacting your Providence Physician Group clinic.

I acknowledge that I have received Providence Physician Group's Notice of Privacy Practices. Initial _____

ADVANCE DIRECTIVE: I understand that I have an opportunity to make known my wishes, in writing, regarding my health care, mental health care, and/or end of life decisions. This directive may be in the form of a living will and/or a durable power of attorney for health care and/or mental health care. I have been given the opportunity to receive information about Advanced Directives.

Form with fields for Patient name (Print), Date of birth, Patient signature, Date, Responsible party signature, Relationship to patient, Print name, Date.



**PROVIDENCE PHYSICIAN GROUP
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

CONSENTIMIENTO MÉDICO: Yo doy permiso a los médicos que trabajan en las instalaciones de Providence Physician Group para que me den una evaluación, cuidado, tratamiento médico y quirúrgico, rayos-x, laboratorio, y otros servicios médicos realizados ó recetados. Yo soy consiente que la práctica de medicina no es una ciencia axacta y reconozco que no han dado ni garantías ó promesas de los resultados del tratamiento ó de examinación.

Acuerdo financiero: Yo certifico que la información de pago que me han dado bajo el seguro médico gubernamental ó privado es correcta. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos lo co-pagos, deducibles y co-asuransas de Providence Physician Group. En caso que yo no tenga seguro médico ó que mi seguro no cubra los productos ó servicios que me provean, yo soy económicamente responsable de pagar por los productos y servios.

Asignación de beneficios del seguro: Yo por la presente asigno a Providence Physician Group cualquier seguro ó a un tercer grupo que tenga disponibles los beneficios de servicio de cuidado de salud que me han proveido a mi. Si esos beneficios no está asignados a Providence Physician Group, yo estoy de acuerdo en adelantar a Providence Physician Group todos los pagos que recibí de todos los seguros médicos y de otro tercer grupo por los servicios que me rindieron inmediatamente de recibirlos.

Entrega de información de salud a los pagadores: Yo autorizo a Providence Physician Group a revelar información a mis aseguradores, incluyendo los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ó a sus representantes, si es aplicable, y a otros que sean responsables por los pagos, auditoría, y en coordinación de reclamos de seguro.

CUESTIONARIO DE MEDICARE (REQUERIDO POR MEDICARE) solamente para pacientes con Medicare

- 1. Tiene usted 65 años ó más y tiene seguro médico (además de Medicare), basado por usted mismo, ó por el trabajo actual de su esposo/a? ___ Si ___ No
- 2. Hay algunos servicios que estén relacionados con el Reclamo de Compensación al Trabajador ó lesiones? ___ Si ___ No
- 3. Hay algunos servicios que estén cubiertos bajo el Programa Federal de Pulmón Negro, Administración de Veteranos, ó el Programa de Etapa Final de Enfermedad Renal? ___ Si ___ No
- 4. Hay algún seguro disponible de No Culpa ó de Responsabilidad Legal (accidente) como pagador primario? ___ Si ___ No

Si es SI en cualquiera de las preguntas de arriba, por favor provea información de cuenta a la recepcionista. Usted nesecitará llenar la parte del cuestionario 2.

NOTICIA DE PRÁCTICAS PRIVADA: De acuerdo con la ley del estado de Washington , nosotros mantenemos información de los servicios de cuidado de salud que le proveemos. Usted puede pedir ver y hacer una copia de esa información. También puede pedir que corrijan esa información. Nosotros no revelaremos su información a otros, al menos que usted nos diga, ó al menos que la ley lo autorice, ó que nos obligue a hacerlo. Usted puede ver su expediente ó pedir más información contactándose con su clinica Providence Physician Group. Yo entiendo que he recibido la Noticia de Prácticas de Privacidad de Providence Physician Group. **Iniciales** _____

DIRECTIVA POR ADELANTADO: Yo entiendo que tengo oportunidad de dejar saber mis deseos por escrito con respecto al cuidado de mi salud, cuidado de mi salud mental y/ó decisiones de terminar la vida. Esta directiva puede ser en forma de un testamento en vida y/ó en un poder de abogado duradero para el cuidado de salud, y/ó cuidado de salud mental. He tenido oportunidad de recibir información acerca de las Directivas por Adelantado.

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Nombre del paciente (imprenta) | ____/____/____ Fecha de nacimiento | _____ Firma del paciente | ____/____/____ Fecha |
| Firma de la persona responsable | _____ relación al paciente | _____ su firma (en imprenta) | ____/____/____ Fecha |