



Liberación de autorización (Authorization Release)

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguros o obtener reembolso. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice directamente en mi nombre a Central Coast Head and Neck Surgeons, Inc. Esta asignación permanecerá en vigor hasta revocado por mí por escrito. Además, entiendo que soy financieramente responsable de los copagos y cargos no pagados por el seguro.

(I authorize the release of any information necessary to process insurance claims or obtain reimbursement. I request that payment of authorized benefits be made directly on my behalf to Central Coast Head and Neck Surgeons, Inc. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. I further understand that I am financially responsible for copayments and charges not paid for by insurance.)

Cargos adicionales: esta es una oficina especializada; realizamos trámites para determinar su diagnóstico. Usted es responsable de los cargos adicionales o del copago del procedimiento si su seguro no cubrirá cualquier cosa fuera de una visita al consultorio. Esto es adicional a su copago. Cualquier laboratorio externo o los servicios de diagnóstico tendrán un cargo adicional de la instalación correspondiente.

(Additional Charges: This is a specialty office; we do procedures to determine your diagnosis. You are responsible for the additional charges or procedure copay if your insurance does not cover anything outside of an office visit. This is in addition to your copay. Any outside lab or diagnostic services will be an additional charge from the corresponding facility.)

Firma (Signature): _____

Relación al Paciente (Relationship to Patient): _____

Fecha (Date): _____

Esta oficina tiene el **Folleto de Aviso de Prácticas de Privacidad** (que se adjunta a su registro formularios), comúnmente conocido como HIPAA, disponible para nuestros pacientes. Informe a nuestro personal de oficina si le gustaría tener uno para su información y poner sus iniciales en la sección que se aplica a la acción tomada. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre el paciente, y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con atención.

(This office has the **Notice of Privacy Practices Brochure** (which is attached to your registration forms), commonly known as HIPAA, available to our patients. Please let our office staff know if you would like one for your information and initial the section that applies to the action taken. This notice describes how medical information about the patient may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.)

() He decidido aceptar el folleto de Aviso de prácticas de privacidad.

(I have chosen to accept the Notice of Privacy Practices Brochure.)

() Me he negado a aceptar el folleto de Aviso de prácticas de privacidad.

(I have declined to accept the Notice of Privacy Practices Brochure.)