



Nebraska Orthopaedic A S S O C I A T E S

Orthopaedics • Sports Medicine • Joint & Hand Specialists

MICHAEL T. O'NEIL M.D. THOMAS P. FERLIC M.D. JAMES T. CANEDY M.D. MARK E. GOEBEL M.D.
STEVEN V. HAGAN M.D. CHARLES F. BURT M.D. STEVEN X. GOEBEL M.D. JOSHUA A. URBAN M.D.

DOCTORS BUILDING SOUTH
4239 FARNAM STREET, Suite 409
OMAHA, NE 68131
(402) 552-2500
FAX 552-2720

OAKVIEW MEDICAL BUILDING
2725 SOUTH 144th STREET, Suite 110
OMAHA, NE 68144
(402) 637-0400
FAX 637-0401

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

- Doy mi consentimiento para diagnóstico y tratamiento a Nebraska Orthopaedic Associates bajo el cuidado del médico a cargo o el asistente médico. Mi consentimiento incluye, pero no es limitado a rayos x, examen, expedientes u otros servicios de oficina y procedimientos o consulta con otro médico hecho para el beneficio del paciente a la discreción del médico a cargo.

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

- Por la presente autorizo la entrega de mi expediente médico e imágenes de radiografías por los Drs. O'Neil, Ferlic, Canedy, M. Goebel, Hagan, Burt, S. Goebel y Urban a mis médicos de cabecera, hospitales y cualquier tercera parte que pague (ya sea una compañía de seguro, agencia del gobierno, empleador, empleador de autoseguro u organización de revisión de utilización).

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Por la presente asigno a dicho médico todo derecho, título e interés a cualquier beneficio pagable por cobertura médica. Ordeno que tales beneficios sean pagados directamente a dicho médico y yo seré responsable por cualquier cargo acumulado y no pagado por la compañía de seguro. **Yo entiendo que soy responsable por todo co-pago, deducible, co-seguro y cualquier servicio no cubierto.**

AUTORIZACIÓN PARA MEDICARE DE SÓLO UNA VEZ

- Solicito que el pago de los beneficios autorizados del Medicare sea hecho de mi parte a los Drs. O'Neil, Ferlic, Canedy, M. Goebel, Hagan, Burt, S. Goebel y Urban por cualquier servicio que me hayan proporcionado estos doctores. Autorizo a cualquier persona en posesión de mi información médica entregarla a la Administración Financiera de Cuidado de Salud y sus agentes si sea necesario para determinar si los beneficios son pagables por servicios relacionados.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTICIA DE PRÁCTICAS PRIVADAS

- Yo reconozco que he recibido una copia de la Noticia de Prácticas Privadas de Nebraska Orthopaedic Associates.

ESTE DOCUMENTO PERMANECE EN EFECTO A MENOS QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO

X _____
Firma del Paciente o Guardián

Fecha