

¡Importante!

Usted debe devolver este formulario firmado y fechado antes de que podamos enviar su próximo pedido. Este formulario permitirá Home Care Delivered para cobrarle a su proveedor de seguros en su nombre.

Para agilizar su pedido, por favor enviar por fax el formulario completo a 1-800-716-9586 (fax al número gratuito), escanear y enviar por correo electrónico el formulario para AOB@HCD.com o utilizar el sobre para devolver y enviar por correo el formulario a:
Home Care Delivered, Inc • PO Box 4350 • Glen Allen, VA 23058

INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN DEBEN SER PROVISTOS POR EL PACIENTE Ó EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE.

Asignación de Beneficios / Información Médica de Lanzamiento

Yo autorizo que el pago de mis beneficios de seguro (Medicare, Medicare suplementario u otro) a Home Care Delivered, Inc., por cualquier suministros o servicios que Home Care Delivered, Inc. proporcionado a me. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar todas las cantidades que no estén cubiertas por mi seguro. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica que le facilite a Home Care Delivered, Inc. cualquier información necesaria para determinar los beneficios que deberán pagarse por estos suministros o servicios. Además, autorizo a Home Care Delivered, Inc. para que facilite mi historial médico a las aseguradoras así como a los profesionales médicos. Autorizo a Home Care Delivered, Inc. a que se ponga en contacto conmigo por teléfono, por correo electrónico o correo regular respecto a mis suministros médicos.

Nombre del paciente (por favor imprimir): _____

Fecha de cumpleaños: ____ / ____ / ____ Cuenta: _____
 MM FF AA

Si el paciente ha firmado con una "x", debido a la barrera del idioma o limitaciones físicas, firma y domicilio de los testigos deberá colocarse junto a la marca realizada por el beneficiario.

Fecha de Hoy → [____ / ____ / ____] **El teléfono de paciente** → ())

 MM FF AA

La firma del paciente → [_____]

SECCIÓN DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (Complete sólo si el paciente no puede firmar más arriba)

Si el paciente no puede firmar debido a una condición física o mental, un representante de los pacientes autorizado debe completar la sección de abajo. Al firmar en nombre del paciente, usted reconoce que tiene la autoridad para hacerlo.

Nombre del paciente (por favor imprimir): _____

Fecha → [____ / ____ / ____] **Por: Firma del Representante Autorizado** → [_____]

 MM FF AA

Nombre del Representante Autorizado: _____

Dirección del Representante Autorizado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizado Relación del Representante con el Paciente: _____

¿Cuál es la razón física o mental que el paciente no puede firmar?: _____