



**MEMORIAL KATY**  
CARDIOLOGY ASSOCIATES

**AUTORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo a los médicos afiliados de Memorial Katy Cardiology Associates o otros proveedores a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros, empleador o tercero pagador según sea necesario para reclamos, garantía de calidad, administración del plan de salud o quejas. Por la presente autorizo a Memorial Katy Cardiology o Cardiovascular Care Providers Inc, también conocido como Global Healthcare Alliance, a presentar reclamaciones. Si el pagador requiere información adicional durante el proceso de recopilación, como registros médicos de Memorial Katy Cardiology Associates, entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnóstico y enfermedades relacionadas con el tratamiento. Autorizo el pago directo a los médicos de Memorial Katy Cardiology Associates o Cardiovascular Care Providers Inc. también conocido como Global Healthcare Alliance por cualquier servicio médico prestado. Entiendo que si algún servicio o cargo no está cubierto, o si Memorial Katy Cardiology Associates no puede verificar la elegibilidad, soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para dicha atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento por parte de mis médicos y los asociados, asistentes y proveedores de atención médica de mi médico, según sea necesario. Entiendo que se pueden requerir copagos, coseguros o deducibles en el momento del servicio. Por la presente certifico que he leído y comprendido la política anterior.

• \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ / /  
**Firma del paciente / Representante personal      Fecha      Nombre Impreso      Fecha de Nacimiento**

**DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD DEL MÉDICO**

Nuestros médicos de Memorial Katy Cardiology Associates tienen afiliaciones o intereses de propiedad en las instalaciones que se enumeran a continuación. Su médico no lo tratará de manera diferente si elige usar un centro diferente. Si lo desea, su médico puede brindarle información sobre proveedores alternativos. Entiendo que el departamento de facturación me informará sobre la responsabilidad financiera estimada antes de cualquier procedimiento próximo en el consultorio o ambulatorio. Entiendo que se requerirá el pago antes del procedimiento ambulatorio o en el consultorio. Los montos finales pueden diferir en la forma en que mi seguro procesa las reclamaciones. Entiendo que puedo recibir declaraciones de los cargos médicos del Memorial Katy Cardiology por procedimientos en el consultorio o para pacientes ambulatorios y que puedo ser responsable de todo o parte del saldo adeudado, además de las instalaciones que se enumeran a continuación.

**Advanced Cardiovascular Center at Methodist | Katy Sleep and Wellness Center | West Houston Hospital  
Memorial Katy Cardiology Vein and Vascular Center | Memorial Hermann Katy Rehab Hospital**

*Al firmar esta Declaración de propiedad del médico, usted o su representante legal reconocen que han leído y comprendido el Aviso a los pacientes anterior.*

• \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ / /  
**Firma del paciente / Representante personal      Fecha**

**CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Autorizo a Memorial Katy Cardiology Associates a divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas o instalaciones a continuación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

• \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ / /  
**Firma del paciente / Representante personal      Fecha**