



Health & Mental Health Services

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN

AUTORIZACIÓN DE ASIGNACIÓN A MEDICARE DE POR VIDA (completada por pacientes elegibles a Medicare)

Nombre del beneficiario _____ Número de tarjeta Medicare _____

Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan a nombre de 'Los Angeles LGBT Center' en representación mía por los servicios que se me han prestado. Yo autorizo la divulgación de mi información médica a los Centros de servicios de Medicare y Medicaid y a sus representantes según sea necesario para determinar los beneficios o beneficios a pagar por servicios relacionados.

Firma del beneficiario _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN A MEDIGAP (completada por pacientes elegibles a Medicare con cobertura Medigap)

Nombre del beneficiario _____ Número de Medigap _____

Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan a nombre de 'Los Angeles LGBT Center' en representación mía por los servicios que se me han prestado. Yo autorizo la divulgación de mi información médica a la compañía de seguro de Medigap: _____ y a sus representantes según sea necesario para determinar los beneficios o beneficios a pagar por servicios relacionados.

Firma del titular de seguro _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN (completada por clientes con Medi-Cal o seguro médico de terceros)

Yo autorizo que el 'Los Angeles LGBT Center' brinde atención y tratamiento y que divulgue la información médica que pueda ser solicitada por las compañías de seguro a quienes yo he entregado la reclamación, y por la presente solicito que _____ compañía de seguro pague al 'Los Angeles LGBT Center' todos los beneficios acumulados bajo mi plan quirúrgico, hospitalario y médico. Yo entiendo que soy económicamente responsable al 'Los Angeles LGBT Center' por todas las facturas no cubiertas por esta asignación.

Firma del titular de seguro _____ Fecha _____

PROGRAMA DE SALUD TRANSGÉNERO (completada por clientes transgénero autorizando cobro a terceros)

Con fin de facturar a un seguro médico de tercero, es legalmente necesario que el 'Los Angeles LGBT Center' codifique el historial electrónico de género tal como aparece en su compañía de seguro. Nosotros respetamos y afirmamos todas las identidades de género de nuestros clientes; sin embargo, debido a las restricciones de facturación, en ocasiones usted encontrará que su historial médico refleja el género incorrecto. Gracias por su comprensión.

Para fines de facturación, mi marcador de género en el seguro médico de terceros es:

PAGO EN EFECTIVO (completada por todos los clientes inscritos por lo menos una vez al año)

Yo tengo seguro médico que opto por no utilizar o tengo un seguro que no acepta facturación. Yo entiendo que soy económicamente responsable al 'Los Angeles LGBT Center' por todas las facturas de los servicios otorgados.

Firma del paciente _____ Fecha _____

AVISO: LA AUTORIZACIÓN CONTENIDA EN ESTE CUADRO SE VENDE A PARTIR DE 12 MESES DE LA FECHA DE ESTA FIRMA

**AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT
(SPANISH)**

Name:

PF#: