Assignment of Benefits

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Patient Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

I authorize Cooperative Health (ECCHC) to provide medical, surgical, behavioral health, dental, and hospital treatment, including but not limited to X-rays, examinations, injections, laboratory work (including routine, opt-out HIV testing), as may be advisable or necessary by the attending professional staff.

Autorizo a Cooperative Health (ECCHC) a proporcionar tratamiento medico, quirurgico, de salud conductual, dental y hospitalario, incluyendo pero no limitado a rayos X, examenes, inyecciones, trabajo de laboratorio (incluyendo pruebas de VIH de rutina con opcion de no participar), segun sea aconsejable o necesario por el personal profesional a cargo.

Consent to Treat	☐ I acknowledge that I have received and understood the information provided.

I guarantee payment of all charges incurred for this patient, including transportation, care at any hospital or other facility by a physician, and assign any benefits for that patient to ECCHC. I hereby authorize ECCHC to furnish from its records any information requested by insurance or liable third parties in connection with the above assignments.

Garantizo el pago de todos los cargos incurridos por este paciente, incluyendo transporte, atencion en cualquier hospital u otra instalacion por un medico, y asigno cualquier beneficio para ese paciente a ECCHC. Por la presente autorizo a ECCHC a proporcionar, de sus registros, cualquier informacion solicitada por el seguro o terceros responsables en relacion con las asignaciones anteriores.

Assignment of Benefits	☐ I acknowledge that I have received and understood the information provided.

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act (Medicare) is correct. I authorize the holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers, or any additional third party responsible for payment of benefits, any information needed for this or any Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign payment for the unpaid charges for clinic and physician visits by physicians for whom ECCHC is authorized to bill. I understand that I am responsible for any insurance deductible and coinsurance.

Certifico que la informacion que he proporcionado al solicitar el pago bajo el Titulo XVIII de la Ley de la Seguridad Social (Medicare) es correcta. Autorizo al titular de la informacion medica u otra sobre mi a facilitarla a la Administracion de la Seguridad Social, a sus intermediarios o portadores, o a cualquier tercero adicional responsable del pago de los beneficios, cualquier informacion necesaria para esta o cualquier solicitud de Medicare. Solicito que se efectue en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Asigno el pago de los cargos no pagados por

las visitas a la clinica y al medico por parte de los medicos por los cuales ECCHC esta autorizado a facturar. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible de seguro y coseguro.

Release of Billing Information	☐ I acknowledge that I have received and understood the information provided.

Your healthcare provider needs your permission to get a list of your prescription medicines from pharmacies and health insurers. This helps your provider treat you safely and avoid drug interactions. Some medicines may not be included, such as over-the-counter drugs or those not covered by insurance.

By signing below, you allow your provider to collect your medication history from pharmacies and health insurers.

Su proveedor de salud necesita su permiso para obtener una lista de sus medicamentos recetados de farmacias y aseguradoras. Esto ayuda a tratarle de manera segura y evitar interacciones peligrosas entre medicamentos. Algunos medicamentos pueden no estar incluidos, como los de venta libre o los que no estan cubiertos por el seguro.

Al firmar abajo, usted autoriza a su proveedor a recopilar su historial de medicamentos de farmacias y aseguradoras.

Medication History Authority	○ I consent ○ I do not consent
Your signature (full name)	