

University of Iowa Hospitals & Clinics (UIHC)
Patient Financial Services
200 Hawkins Dr., Iowa City, IA 52242 (Fax 319-356-2862)

A&A – Authorization to Bill Insurance (Release of Information and Payment Request)
A&A – Autorización para Enviar la Factura a su Compañía de Seguro
(Liberación de Información y Solicitud de Pago)

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

A. Seguro, información de pago y asignatura de beneficios:

Yo solicito a los Hospitales & Clínicas de la Universidad de Iowa (UIHC, por sus siglas en ingles) y/o sus afiliados y el Plan de Practica de la Facultad presentar reclamos a nombre mío a mi compañía de seguro, Medicare, u otro pagador a terceros para pagar por mi cuidado y autorizo la divulgación de la información de salud en la medida necesaria para obtener pago por los servicios del hospital y/o médico.

- En consideración de los servicios de salud prestados al paciente, yo asigno y autorizo a mi compañía de seguros, Medicare, u otro pagador a tercero hacer pagos directamente al UIHC incluyendo los cargos por los servicios médicos.
- En consideración de los servicios de salud prestados al paciente, yo asigno al UIHC cualquier beneficio medio para los cuales yo sea elegible para recibir, incluyendo, sin limitación, los beneficios adeudados o reclamos que tenga bajo o conforme al plan de beneficios médicos para los empleados, regidos por ERISA, 29 USC sec. 101 et seq.
- Se me ha sido informado que:
 - Yo debo pagar todos los cargos, copagos, deducibles, y coaseguros no cubiertos por mi compañía de seguro, Medicare, o pagador a terceros.
 - Yo debo pagar todos los cargos incurridos si no tengo cobertura de seguro y también contactare al UIHC para trabajar con ellos para identificar opciones financieras disponibles para mí.
 - Esta liberación incluye a proveedores de ambulancia y sus agentes quien transportaron al paciente el UIHC con el propósito de intentar asegurar pago por sus servicios.
 - El no firmar este documento de autorización puede resultar en la negación de un pago.
- Acuerdo pagar por todos los servicios que no tengan cobertura o aquellos servicios que no sean cubiertos debido a que falle en obtener autorización previa como es requerido por el pagador, o servicios acordados que han sido determinados como no medicamente necesarios por el pagador.
- UIHC usará esfuerzos de buena fe para proteger los derechos del paciente a la confidencialidad al proveer de manera adecuada la información de salud a los pagadores.

B. Autorización específica para la liberación de información:

Este consentimiento es voluntario. Si cancelo este consentimiento en una fecha futura, debo de enviar notificación por escrito a la dirección que se encuentra arriba. Si este consentimiento se llega a cancelar, yo entiendo que puede haber información que se liberó antes de esta cancelación, y esa acción no se considera como una violación de la confidencialidad. También entiendo que: 1) personas que hayan recibido esta información posiblemente pueden compartir esta información sin la autorización apropiada, y que 2) ya que la información haya sido liberada puede que no sea considerada protegida por leyes de privacidad federales. Entiendo que puedo revisar la información que haya sido liberada o que puedo hacer preguntas poniéndome en contacto con el director del Manejo de Información de Salud en la dirección que se encuentra arriba. Se me ha ofrecido una copia de esta autorización.

El UIHC no requiere que este documento sea completado como una condición para recibir una evaluación o tratamiento. Sin embargo, cuando el único propósito para crear un reporte médico para terceras personas, si la autorización para divulgar la información a esas terceras personas puede resultar en la cancelación de esos servicios. Entiendo que la información puede ser liberada electrónicamente, y puede incluir información en las siguientes categorías al menos que yo no permita su liberación (**ponga sus iniciales al lado de las categorías que no quiere que sean liberadas**).

Abuso de Sustancias* _____ Salud Mental _____ Información relacionada al VIH _____ Pruebas Genéticas** _____
*Información ha sido compartida con usted de expedientes que son protegidos por las reglas de confidencialidad (42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación sin autorización de estos expedientes). **Se refiere a pruebas genéticas para buscar posibles problemas de salud futuras, no se refiere a pruebas para diagnosticar o tratar problemas de salud futuras.

Este acuerdo permite la liberación de información pasada o futura y se vencerá a los dos años de la fecha en que se obtuvo la firma, o como se indicó (especifique el número de días o meses) _____ al menos que sea cancelada por el paciente/tutor legal.

Firma del paciente o tutor legal

Nombre en letra de molde

Fecha

Relación, si no es el paciente

Firma del Testigo