

# Patient Authorization

## Notice of Privacy Practices

Your name and signature below indicate that you have received/been offered a copy of Concentra's Notice of Privacy Practices on the date and time indicated. If you have any questions regarding the information in Concentra's Notice of Privacy Practices, contact Concentra's Privacy Office at 800-819.5571 or PrivacyOffice@concentra.com.

Name (please print): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date and time Notice received: \_\_\_\_\_

## Medical Care/Treatment Financial Policy

*If you have insurance...*

Unless you are here for employer paid services, you will be responsible for either full payment or payment as indicated by your insurance plan.

If Concentra has a contract with your insurance company we will file today's charges with that insurance company. You will be responsible today for your co-payment, coinsurance and/or deductible, and the cost of any services not covered by insurance. You may receive a bill from Concentra for any unpaid balance.

*If you do not have insurance...*

If you do not have insurance coverage or Concentra does not have a direct contract with your insurance company, you will be required to pay in full for your visit today. You can expect to pay an initial payment for medical care/treatment based on posted pricing in the center, which will be collected at check-in.

➔ If your treatment requires more complex evaluations, lab tests, vaccines, medications, X-rays, or supplies, you will be charged for those in addition to the appropriate office visit fee. These fees will be collected after service and treatment have been provided.

## Release of Medical Records, Assignment of Benefits, Financial Responsibility

I authorize Concentra to submit claims to my insurance carrier as well as medical records needed to evaluate these claims for payment. I understand that if my employer is responsible for paying all or part of this claim, they will receive the medical information needed to pay this claim and I authorize release of this information. I further authorize payment of benefits, otherwise payable to me, to be made payable to Concentra. I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my insurance.

If my insurance company is not in Concentra's network or I have no insurance coverage, I understand that I am financially responsible for all charges and must make full payment today.

Signature of Patient/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Consent for Wellness and Preventive Health Screening

I give permission for Concentra to perform wellness and/or preventive health screening. I understand it is my responsibility to follow up on the information I receive during my wellness screening with my personal physician or other healthcare provider of my choice. While performing the wellness screen, Concentra does not assume responsibility for treatment or management of care.

Signature of Patient/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Consent for Medical Treatment

I give permission to Concentra Medical Centers to perform the medical and surgical processes, treatment, and/or procedures that the physician and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary. In addition, I authorize Concentra Medical Centers to release any information obtained during the course of my examination and/or treatment to my health care insurer or other payer.

Signature of Patient/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Concentra**<sup>®</sup>  
treated right

# Autorización Paciente

## Declaración de las Prácticas de Privacidad

Su nombre y firma abajo indican que usted ha recibido/ha ofreció una copia de la Declaración de las Prácticas de Privacidad de Concentra en la fecha y hora indicados. Si usted tiene cualquier pregunta en relación con la Notificación de Prácticas de Privacidad de Concentra, por favor contacte al Oficial de Privacidad y Seguridad de Concentra al 800-819-5571 o [PrivacyOffice@concentra.com](mailto:PrivacyOffice@concentra.com).

Nombre (letra imprenta por favor): \_\_\_\_\_

✍ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha y hora en que se recibió la declaración: \_\_\_\_\_

## Política Financiera del tratamiento médico

*Si usted tiene seguro...*

A menos que esté aquí por servicios pagados por el empleador, usted será responsable bien sea por el pago total o pago según esté indicado por su plan de seguro.

Si Concentra tiene un contrato con su compañía de seguros nosotros le enviaremos la cuenta de hoy a esa compañía de seguros. Usted será responsable hoy por su co-pago, co-seguro y/o deducible, y el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro. Usted podrá recibir una cuenta de Concentra por cualquier balance que no se haya pagado.

*Si usted no tiene seguro...*

Si usted no tiene cobertura de seguro o Concentra no tiene un contrato directo con su compañía de seguros, se le requerirá que pague por el total de su visita de hoy. Se espera de usted que haga un pago inicial por cuidado médico / tratamiento, basado en los precios publicados en el centro médico, el cual será cobrado cuando se registre.

➔ Si su tratamiento requiere más evaluaciones complejas, exámenes de laboratorio, vacunas, medicamentos, Rayos-X, o suministros, se le cobrará por aquellos servicios en adición a la cuota apropiada por la consulta médica. Estos honorarios serán recaudados después de que el servicio y el tratamiento hayan sido provistos.

## Autorización para Acceder e Intercambiar Información Médica, Asignación de Beneficios, Responsabilidad Financiera

Yo autorizo a Concentra a enviar reclamos a mi compañía de seguros así como la información médica necesaria para evaluar estos reclamos para pago. Yo entiendo que si mi empleador es responsable por pagar todo o parte de este reclamo, ellos recibirán la información médica necesaria para pagar este reclamo y yo autorizo la publicación de esta información. Adicionalmente, yo autorizo que el pago de beneficios, de otra forma pagaderos a mi, le sean pagados a Concentra. Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los cargos que no estén cubiertos por mi seguro.

Si mi compañía de seguros no está en la red de Concentra o yo no tengo cobertura de seguro, yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos y que debo pagar el total hoy.

✍ Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para evaluación de bienestar y salud preventiva

Yo le doy permiso a Concentra para llevar a cabo evaluaciones de bienestar y/o de salud preventiva. Yo entiendo que es mi responsabilidad el hacer seguimiento con mi médico personal u otro proveedor de cuidados de la salud de mi elección, acerca de la información que reciba durante mi evaluación de bienestar. Aunque se haga la evaluación de bienestar, Concentra no asume responsabilidad por tratamiento o la administración del cuidado.

✍ Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para tratamiento médico

Yo le doy permiso a los Centros Médicos Concentra para realizar los procesos médicos y quirúrgicos, tratamiento y/o procedimientos que el médico y otros proveedores no médicos y asistentes consideren necesarios. Adicionalmente, yo autorizo a los Centros Médicos Concentra a acceder e intercambiar cualquier información con mi asegurador de la salud u otro pagador, obtenida durante el curso de mi evaluación y/o tratamiento.

✍ Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Concentra**<sup>®</sup>  
treated right