

**Formulario Estándar de Divulgación y Reconocimiento
Protección Contra Lesiones Personales (PIP) – Tratamiento o Servicio Inicial Proporcionado**

El profesional médico autorizado o director médico que suscribe, según corresponda, afirma la declaración número 1 arriba indicada y además certifica:

- A. No he solicitado, ni provocado la solicitud por parte del asegurado involucrado en un accidente de vehículo motorizado, para presentar una reclamación por beneficios de Protección Contra Lesiones Personales (PIP).
- B. El tratamiento o los servicios proporcionados al asegurado, o a su tutor, han sido explicados adecuadamente para asegurar un consentimiento informado antes de la firma de este formulario.
- C. La declaración o factura adjunta ha sido completada de manera precisa en todos sus aspectos materiales, y se ha proporcionado toda la información requerida. Esto garantiza que cada solicitud de información ha sido respondida de forma veraz, precisa y completa.
- D. La codificación de los procedimientos en la declaración o factura adjunta es exacta. No se ha realizado un sobrecodificado (upcoding), desagregación indebida (unbundling), ni listado incorrecto de pruebas diagnósticas médicamente innecesarias, según lo definido en las Secciones 627.732(15) y (16), y Sección 627.736(5)(b)6, Estatutos de Florida.

Profesional Médico Licenciado que Proporciona el Tratamiento/Servicios o Director Médico (si aplica)

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

La persona asegurada que suscribe (o su tutor) afirma:

- 1. Los servicios o tratamientos listados a continuación han sido proporcionados. Esto confirma que los servicios ya han sido prestados. Condición Médica de Emergencia
- 2. Reconozco mi derecho y deber de verificar que los servicios han sido entregados.
- 3. No fui solicitado por ninguna persona para buscar servicios del proveedor médico mencionado arriba.
- 4. El proveedor médico ha explicado detalladamente los servicios por los cuales se solicita el pago.
- 5. Si notifico por escrito a mi aseguradora sobre cualquier discrepancia en la facturación, podría tener derecho a una parte de cualquier reducción en los pagos realizados por la aseguradora de mi vehículo motorizado. Si soy elegible, mi parte será al menos el 20% del monto reducido, hasta \$500.

Aviso de Fraude:

Cualquier persona que someta conscientemente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de defraudar, engañar o causar daño a cualquier aseguradora está cometiendo un delito grave de tercer grado conforme a la Sección 817.234(1)(b) de los Estatutos de Florida.

Nota:

La copia original de este formulario debe ser proporcionada a la aseguradora conforme a la Sección 627.736(4)(b), Estatutos de Florida, y no podrá ser enviada electrónicamente. La falta de presentación de este formulario puede resultar en la no compensación de la reclamación.

Persona Asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o Tutor de la Persona Asegurada:

Firma: _____

Fecha: _____



Consentimiento y Autorización del Paciente

Yo, el/la abajo firmante, reconozco y acepto que soy responsable financieramente por todos los cargos incurridos, independientemente de si mi proveedor de seguros realiza el pago. En caso de que CloudMD se vea en la necesidad de contratar una agencia de cobros o un abogado para la recuperación de pagos, entiendo que seré responsable por cualquier cargo adicional relacionado con honorarios de cobranza y legales asociados a dicha acción.

Por la presente autorizo a mi proveedor médico a liberar la información médica necesaria a mi compañía de seguros con el propósito de asegurar el pago de los beneficios. Además, autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones de seguro y el pago directo de beneficios a CloudMD, ubicado en 3905 NW 107th Ave, Suite 403, Doral, FL 33178.

Consiento la administración y realización de cualquier tratamiento médico, procedimiento, medicación prescrita, pruebas diagnósticas, cultivos y análisis de laboratorio que sean considerados necesarios o aconsejables por mi médico tratante o sus designados. Este consentimiento se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico o tratamiento específico y está pensado para ser continuo. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Reconozco que CloudMD utilizará y divulgará mi información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Una fotocopia de este consentimiento tendrá la misma validez que el original.

Para pacientes de Medicare, autorizo la liberación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para el procesamiento de reclamos de Medicare.

Confirmando que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CloudMD y entiendo que puedo contactar a los Oficiales de Privacidad para cualquier pregunta o inquietud.

Yo, el/la abajo firmante, asigno voluntariamente los beneficios pagaderos por los servicios prestados a CloudMD. Por la presente asigno los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil (Protección contra Lesiones Personales y póliza de Pagos Médicos) a CloudMD, y entiendo que esta asignación se realiza en lugar de requerir el pago en el momento en que se brindan los servicios.

Este documento autoriza a CloudMD a iniciar acciones legales contra mi aseguradora para el pago de beneficios y a reclamar daños contra la aseguradora conforme al Estatuto de Florida 627.428.

Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de CloudMD. Autorizo a los médicos y al personal de CloudMD a comunicarse con cualquier familiar o amigo que designe por escrito respecto a mi atención médica.

Por la presente certifico que he leído, comprendido y doy mi consentimiento voluntario a los términos establecidos en este documento.

Firmado: _____



AVISO DE CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El proveedor médico licenciado que suscribe certifica lo siguiente:

El paciente identificado a continuación ha sido evaluado y, a juicio de este proveedor médico, ha sufrido una **Condición Médica de Emergencia** como resultado de las lesiones sufridas en un accidente automovilístico ocurrido el _____ (fecha del accidente).

La base de esta opinión es que el paciente ha experimentado síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, de manera que la falta de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que cause cualquiera de los siguientes: (a) peligro grave para la salud del paciente; (b) deterioro serio de la función corporal; o (c) disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Afirmo que soy un médico licenciado conforme al Capítulo 458 o Capítulo 459, un dentista licenciado conforme al Capítulo 466, un asistente médico licenciado conforme al Capítulo 458 o Capítulo 459, o un enfermero profesional avanzado registrado licenciado conforme al Capítulo 464, y que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas.

Nombre del Proveedor Médico: _____

Firma del Proveedor Médico: _____

Fecha: _____

La persona lesionada que suscribe o su tutor legal declara:

1. Los síntomas que reporté al proveedor médico son verídicos y precisos.
2. Entiendo que el proveedor médico ha determinado que he sufrido una **Condición Médica de Emergencia** debido a las lesiones que sufrí en el accidente de vehículo motorizado.
3. El proveedor médico me ha explicado satisfactoriamente la necesidad de atención médica continua y las posibles consecuencias perjudiciales para mi salud si no recibo el tratamiento recomendado.

Firma del Paciente Lesionado/Tutor: _____

Fecha: _____



Autorización para la Liberación de Historial Médico y Carta de Protección

Por la presente autorizo a CloudMD a entregar a mi abogado, identificado a continuación, todos los registros y reportes médicos, así como cualquier cargo relacionado con el tratamiento que he recibido.

Asimismo, autorizo al abogado mencionado a pagar directamente a CloudMD cualquier monto adeudado por los servicios prestados, y a retener dichos montos de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pueda ser otorgado a mí, a mi abogado, o a cualquier otra parte como resultado de la lesión por la cual he recibido tratamiento. Además, me comprometo a notificar oportunamente a CloudMD si cambio de abogado y a firmar una nueva autorización y carta de protección con mi nuevo abogado, si corresponde.

En caso de no firmarse una nueva autorización y carta de protección tras un cambio de abogado, reconozco que la totalidad de los cargos pendientes será exigible y pagadera de inmediato.

Entiendo y acepto plenamente que soy personalmente responsable por todos los cargos y facturas presentados por CloudMD por los servicios prestados. Este acuerdo se realiza únicamente para brindar protección y consideración adicional mientras se espera el pago. Asimismo, comprendo que el pago de estos servicios no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto mediante el cual pueda eventualmente recuperar dichos montos.

Fecha del incidente: _____

Nombre del abogado: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

