

Yo, _____, autorizo a los médico

afiliados, proveedores y personal de Axis Community Health para administrar tratamiento medico que se considera ahora o durante el curso del cuidado recomendable o necesario.

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cargos en relación con la atención médica y tratamiento proporcionado por Axis Community Health. Los tratamientos pueden incluir, pero no son limitados, a las visitas de proveedores, visitas de enfermería, pruebas de laboratorios, medicamentos, suministros, y equipos.

Yo también soy responsable por comprender mi cobertura y las restricciones de mi aseguranza y/o ciudad de salud y de inmediato notificar a Axis Community Health cada vez que hay un cambio en mi programa de seguros o proveedor de salud. Yo autorizo la liberacion de cualquier información médica o otra información necesario para procesar las reclamaciones.

Yo entiendo que tengo el derecho a someter queja/agravios si siento que decisiones me afectan o son injustas. Yo tengo el derecho de apelar al Personal de Supervision, El Jefe de Operaciones.

Yo entiendo que tengo el derecho a someter queja/agravios directamente a las agencias regulatorias aunque no haiga sometido una queja con Axis. Mi decision a someter una queja/agravio no afectara mi cuidado. Toda la informacion de mi queja/agravio se mantendra confidencial.