UT MEDICINE SAN ANTONIO
UT HEALTH SCIENCE CENTER™
WE MAKE LIVES BETTER

UT Medicine San Antonio

AVISO PARA PEDIR LA DIVULGACIÓN DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

(Cobro y Colección de Cuentas del Paciente)

Divulgación del número de seguro social se requiere para que UT Medicine San Antonio pueda cobrar y colectar por los servicios rendidos al paciente. La ley federal estipula la necesidad del número de seguro social para obtener beneficios médicos bajo Medicare y Medicaid (42 USC, Sección 1320b-7 (1)). No hay autoridad o estatuto que requiera la divulgación del número de seguro social si se trata de un seguro medico comercial. Sin embargo, al no proveer su número de seguro social, la compañía de seguros no podrán pagar su factura. Divulgación adicional de su número de seguro social es gobernada por la Acta de Información Pública (Capítulo 552 del Código Gubernamental de Texas) y otra ley pertinente.

AVISO SOBRE LEYES Y PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que UT Medicine San Antonio colecta de usted. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene el derecho de recibir y revisar esta información. Bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a que UT Medicine corrija la información que mantiene sobre usted que este incorrecta, en acuerdo con los procedimientos establecidos por el Memorando 32 del Sistema de Negocios de la Universidad de Texas. La información que UT Medicine colecta sobre usted será mantenida y guardada bajo las leyes de retención de Texas (Sección 441.180; del Código Gubernamental de Texas). El periodo de retención depende del tipo de información obtenida.

You may send any requests to UT Medicine HIPAA Compliance
By mail to: 6126 Wurzbach Road San Antonio TX 78238
By e-mail to: UPGPrivacy@UTHSCSA.edu
By fax to: (210) 257-1627
In person at: 6126 Wurzbach Road San Antonio TX 78238

POR FAVOR, CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS ARCHIVOS.

UT MEDICINE SAN ANTONIO
UT HEALTH SCIENCE CENTER™
WE MAKE LIVES BETTER

UT Medicine San Antonio
Consentimiento Para el Acceso y el Reconocimiento del Recibo del Aviso Para el Número de Seguro Social

CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA LA FACTURACIÓN Y LA COLECCION AL PACIENTE

Consiento por este medio al acceso de mi número de Seguro Social por UT Medicine San Antonio con el propósito indicado en el aviso.

Nombre de paciente (Imprimir) _____

Firma de paciente: _____

Fecha de Aviso Recibido: _____

Reconocimiento de Recibir el Aviso de el Pedido de Número de Seguro Social para Facturacion y Coleccion al Paciente

Su nombre y firma en esta hoja indican que usted ha recibido una copia del aviso de UT Medicine San Antonio de el pedido de número de Seguro Social en la fecha indicada. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a la información en el aviso del pedido del número de Seguro Social para la facturación al paciente, favor de comuniquece con el encargado de la clínica o el administrador de UT Medicine San Antonio indicado en su aviso.

Nombre de paciente (Imprimir) _____

Firma de paciente: _____

Fecha de Aviso Recibido: _____