

NOTICIA DE INFORMACIONN IMPORTANTE DEL PACIENTE

Conformidad de la Oficina Médica con la Regla de la Bandera Roja

La Comisión Federal de Comercio (FTC), en conjunción con otras agencias, publicaron La Regla de la Bandera Roja (Red Flag Rule), para definir con un acreedor y una institución financiera lo que deben de hacer para implementar un programa para Robo de Identidad. La Regla de la Bandera Roja requiere que los que estén cubiertos, incluyendo la práctica medica, que identifiquen cuentas en riesgo, y que definan, detecten y respondan a Banderas Rojas para prevenir o mitigar robo de identidad. Robo de Identidad Medico sucede cuando una persona pide servicios médicos usando el nombre de otras personas o su información de Aseguranza.

Fort Worth ENT está comprometido a proteger su identidad y a desarrollado política de conformidad que nos ayudara a proteger su información personal vital. Empezando el 1º de Febrero, nuestros empleados le estarán pidiendo lo siguiente a los pacientes y/o guardianes:

- Identificación con Foto (licencia, pasaporte, identificación de trabajo).
- Tarjeta de Aseguranza vigente.
- Verificación de dirección y número de teléfono.

Tenga en cuenta, nadie, incluyendo menores, podrán usar tarjeta Medica Flex, o tarjeta de crédito o hacer un pago usando cheque si el nombre del paciente no es igual al de la forma de pago. A menos que tengamos permiso por escrito del pagador.

Tenemos una forma disponible para que la persona mencionada en la tarjeta o cheque llene, firme y la regrese a nuestra oficina.

Por favor recuerde que todo esto es para instituir su protección. Fort Worth ENT esta comprometido a proteger a nuestros pacientes atreves de la más alta calidad de cuidado y servicios inigualables.

Gracias por su asistencia en ayudarnos a cumplir con nuestro programa de Robo de Identidad. Si gusta llenar una copia de nuestra Regla de la Bandera Roja, favor de preguntarle a nuestra recepcionista, y ella con gusto le dará una copia.

Esta forma debe de ser llenada por la persona de la cual su nombre aparece en la Forma de Pago

Yo, _____, le doy permiso a
_____, que use mi
(Nombre del Paciente)

tarjeta Medica Flex, tarjeta de crédito personal, o mi cheque personal para pagar por los servicios rendidos por Fort Worth ENT.

Por favor de proveer los últimos **4 dígitos** del numero de la tarjeta o cuenta de banco que será usada para estas transacciones.

Tarjeta Medica Flex _____ Fecha de vencimiento _____

Tarjeta de Credito _____ Fecha de vencimiento _____

Número de Cuenta Bancaria _____

Yo entiendo que la información dada en este documento será vigente hasta las fecha de vencimiento dadas o hasta que yo de por escrito una carta de anulación o terminación a Fort Worth ENT.

Nombre del dependiente: _____

Firma de Aval: _____

Fecha: _____

Testigo: _____