

## Patient Agreement Form

### **RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION**

I authorize all health care providers, insurers, or other parties with health care information about me to release to Electromed, Inc. any and all of my health care records that are related to or may assist in the treatment condition for which Electromed, Inc. is providing services to me. I authorize Electromed, Inc. to use information from my records for purposes related to my treatment, including utilization review, quality management, analysis activities, as well as to establish my eligibility for benefits payable by my insurer. I further authorize Electromed, Inc. and its business associates to release any and all information from my records as may be necessary for Electromed, Inc. to receive payments or benefits on my behalf, to communicate as necessary with my other health care providers regarding products/services provided to me by Electromed, Inc. or its agents, and to comply with audit requests of accrediting bodies or government agencies. I understand that Electromed, Inc. may use information from my health care records that does not identify me personally for data collection, statistical analysis, and other purposes undertaken in the normal course of business. I hereby release, on my behalf and on behalf of my successors and assigns, Electromed, Inc. and their officers, directors, employees, business associates, and agents from any and all liability arising from the release of my records and from the use of information released from my records as described above.

If the patient is not of legal age or is unable, due to medical condition, to represent him/herself in a legal capacity, I am duly authorized as the patient's agent or the patient's legal guardian to accept and sign this Release of Confidential Information on behalf of the patient.

**Note:** A duplicate copy of this Release of Confidential Information shall be considered the same as the original.

### **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

A detailed description of your rights to request restrictions or revoke any use and/or disclosure of your protected health information is available in **Electromed's Notice of Privacy Practices** at [www.Electromed.com](http://www.Electromed.com).

### **ASSIGNMENT OF BENEFITS**

I authorize payments to be made directly to Electromed, Inc. or its assignees for products/services provided to me.

**Note:** A duplicate copy of this Assignment of Benefits shall be considered the same as the original.

**By signing this I agree to all of the terms and conditions of the Release of Confidential Information and the Assignment of Benefits as stated above. I acknowledge that I have had the opportunity to read the Notice Of Privacy Practices and ask questions regarding the privacy practices of Electromed, Inc.**

\_\_\_\_\_  
**Signature** of Patient/Spouse/Guarantor/Guardian

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
**Please print** Patient Name  
(if other than person signing)

\_\_\_\_\_  
Date

Please complete and **fax** to **Electromed, Inc.** at 888-901-7373.

Questions? Please call **Electromed, Inc.** at 800-462-1045.

## Formula de el Contrato del Paciente

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo autorizo el uso y divulgación por parte de las instituciones de salud, compañías aseguradoras y cualquier otro personal de salud a que provén información a Electromed, Inc. de todos y cada uno de mis expedientes de salud, que se relacione y pueden estar relacionados conmigo y de esta manera ayudar al tratamiento de mi padecimiento y por lo cual estoy recibiendo los servicios de Electromed, Inc. Yo autorizo a Electromed, Inc. a usar la información de mis expedientes relacionado con mi tratamiento, **incluyendo** la revisión de utilización, manejo de calidad analices de actividades a si como establecer la elegibilidad y beneficios cubiertos por mi compañía aseguradora. A si mismo autorizo a Electromed, Inc. y a sus proveedores asociados a liberar toda la información referente a mis expedientes según Electromed, Inc. lo considere necesario para recibir el pago a beneficios en mi nombre, el comunicarse según sea necesario con alguno de mis proveedores de salud en referencia a los productos y servicios que me han sido proporcionados por Electromed, Inc. o sus agentes y sujetarme a las requisiciones de auditorias de alguna agencia de gobierno o cuerpos acreditadores. Entiendo que es posible que Electromed, Inc. use la información de mis expedientes médicos lo cual no me identifica personalmente para información sobre cobros, análisis estadísticos y cualquier otro propósito en el curso normal. De esta manera libero a mi nombre y cualquiera que me represente o sea asignado en mi representación, a Electromed, Inc. y a sus directivos, gerencias, empleados, socios y agentes de cualquier riesgo originado de la liberación de mis expedientes y el uso de la información obtenida de mis expedientes según se ha descrito.

Si el paciente es menor de edad, o esta incapacitado debido a una condición medica, para representarse a el/ella en capacidad legal, yo asumo esta capacidad que me ha sido autorizada como representante y o guardián legal del paciente. De esta manera firmo esta Liberación de Información confidencial del paciente.

**Nota:** Una copia duplicada de Liberación de Información Confidencial será considerada de igual valor que el original

### **AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD**

Una descripción detallada de sus derechos o para pedir restricciones o revocar la información referente a su salud, vaya al sitio [www.Electromed.com](http://www.Electromed.com) la cual contiene dicho aviso de políticas de privacidad.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Yo autorizo los pagos sean hechos directamente a Electromed, Inc. o los servicios o productos asignados a terceros para serme proveídos.

**Nota:** Una copia duplicada de los Beneficios Asignados será considerada de igual valor que el original.

**Cuando yo firmo aquí, yo estoy de acuerdo con los términos y condiciones de esta información confidencial de la Asignación de Beneficios como se dijo anteriormente. Yo se que tenido la oportunidad de leer las notas de Privacidad y de hacer preguntas acerca de las Practicas de Privacidad de Electromed, Inc.**

Firma de paciente/padres o guardián legal

Relación con paciente

Escriba el nombre del paciente en letras de molde  
(si no es la persona que esta firmando)

Fecha

Favor completar y fax a **Electromed, Inc.** a 888-901-7373.

Preguntas? Por favor llame **Electromed, Inc.** a 800-462-1045.

Corporate Headquarters  
500 Sixth Avenue NW  
New Prague, MN 56071  
Phone: 952-758-9299  
Fax: 952-758-1941  
[www.Electromed.com](http://www.Electromed.com)