

1. RECONOCIMIENTO de la ASIGNACIÓN de BENEFICIOS

Con la presente reconozco que he solicitado servicios médicos del centro arriba referido. En relación con los servicios y el tratamiento proveídos, con la presente autorizo y ordeno el pago de los beneficios médicos al centro arriba referido y asigno todas las causas de acción que tenga en contra de cualquier compañía de seguros (incluyendo toda cobertura por PIP y/o Med-Pay, como resultado de un accidente vehicular), que se me obligue por ley, estatuto o acuerdo contractual, para el pago de aquellos servicios médicos y tratamiento. Yo ordeno a mi aseguradora a depositar cualquier protección de lesión personal y/o pago de beneficios médicos por disputas de servicios y tratamientos que el centro arriba referido me haya realizado. También entiendo que los servicios médicos recibidos por parte del centro podrían haber sido obtenidos por otros proveedores, pero escogí obtener los servicios y tratamientos mencionados de dicho centro. También autorizo que se divulgue cualquier información pertinente o registros médicos al centro arriba referido y a cualquier otro proveedor médico, compañía de seguros o abogado involucrado con mi tratamiento médico o causa y/o litigación, que este buscando obtener el pago por servicios médicos y tratamiento prestados por el centro arriba referido u otros en su nombre. Con la presente ordeno a mi compañía de seguros para que provea una copia del registro del PIP u hoja de pago de beneficios así como también cualquier explicación por escrito tales como pagos o descuentos hechos o rechazados u otra correspondencia pertinente a un reclamo por servicios o tratamientos que me hayan prestado como se especifica aquí. Una copia de esta asignación será considerada como válida y efectiva como el original.

2. AUTORIZACIÓN para la DIVULGACIÓN del "PIP" (Protección de Lesiones Personales) o BENEFICIOS DE PAGOS MÉDICOS

Con la presente autorizo al corredor de mi seguro de autos para que divulgue la información al centro arriba referido, sobre los beneficios relacionados con el accidente arriba referido.

3. GARANTÍA de PAGO

Yo entiendo mi responsabilidad financiera y garantizo el pago de todos los cargos que no estén cubiertos por mi seguro, todos los deducibles y copagos que se apliquen, dentro de 30 días de recibir el estado de cuenta. PACIENTES DEL MEDICARE: Yo autorizo la divulgación de la información médica sobre mi persona a la Administración del Seguro Social o a su intermediario para los Reclamos de mi Medicare. Yo asigno los beneficios pagaderos por servicios al centro arriba referido. Si el centro arriba referido determina que mi cuenta debe asignarse a un cobrador o abogado para su cobranza, el costo, incluyendo el del abogado, serán pagados por el aquí firmante.

4. AVISO de las PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, el aquí firmante, autorizo al centro arriba referido para que use y divulgue mi información para propósitos de tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud como está descrito en el Aviso de las Prácticas de Privacidad. Yo reconozco que me han dado el Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas, debo contactar al Oficial de Privacidad.

5. DECLARACIÓN sobre OBJETOS DE VALOR

Con frecuencia es necesario remover los objetos personales y de valor antes de llevar a cabo un examen de imágenes. El centro arriba referido y los empleados no asumen la responsabilidad sobre el aseguramiento de los objetos personales y de valor pertenecientes al paciente o a los visitantes. Sin embargo, hay casilleros disponibles, solo para comodidad y no deben ser considerados seguros. He leído la declaración anterior y entiendo que yo soy enteramente responsable de asegurar mis objetos personales y de valor. Además, reconozco que este centro y sus empleados no son responsables por la pérdida o robo de estos objetos.

6. CONSENTIMIENTO para el TRATAMIENTO

Mi médico me ha remitido a un(os) procedimiento(s) de imagen(es). Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no me pueden garantizar el resultado que pueda provenir de este procedimiento. Entiendo que pueden ocurrir complicaciones. Al dar mi consentimiento para este examen, con la presente doy mi consentimiento a las acciones médicas y/o quirúrgicas por parte del médico y/o colegas; a quien ellos escojan para consultar sobre la toma de acciones apropiadas relacionadas con este procedimiento o con cualquier complicación que pueda ocurrir durante mi visita. Yo entiendo que al dar mi consentimiento al centro arriba referido, también estoy dando mi consentimiento a las oficinas satélites pertenecientes a éste.

7. CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZAR EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTOS PARA LA FACTURACIÓN Y OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE. Con mi consentimiento a continuación, autorizo el uso de mi dirección electrónica o número de teléfono celular suministrado, para recibir **información** relacionada con mis obligaciones financieras, incluyendo, entre otras, las notificaciones de morosidad, instrucciones y enlaces a información de la Facturación al Paciente del hospital.

Reconocimiento: _____ (Inicial) Doy mi consentimiento para el uso de mi correo electrónico para enviar cobros y obligaciones financieras al Paciente.

Reconocimiento _____ (Inicial) Doy mi consentimiento para el uso de textos para enviar cobros y obligaciones financieras al Paciente.

Yo certifico que he leído y he entendido completamente las declaraciones anteriores y con doy mi consentimiento completo y voluntario a este contenido. Una copia electrónica y/o fotocopia de este consentimiento será considerado con la misma validez que el original.

Firma del Paciente o del Representante

Fecha