



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO/DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO: autorizo a los proveedores o a sus representantes a cargo de mi atención o la del paciente a administrar cualquier tratamiento, incluidos medicamentos y vacunas, según se considere necesario o recomendable para el diagnóstico y tratamiento de cualquier afección relacionada conmigo o con el paciente. Autorizo a los médicos o a sus representantes a cargo de mi atención o la del paciente a utilizar servicios basados en las tecnologías de la comunicación (communications technology-based services, CTBS) para el tratamiento y la facturación de la atención o la consulta con otros profesionales en relación con la atención del paciente. Esta autorización es válida y se encuentra en vigencia hasta que la revoque por escrito o en persona.

CESIÓN DE BENEFICIOS Y CONDICIONES DE PAGO

MEDICARE, MEDICAID Y OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES: soy elegible para recibir beneficios de Medicare, Medicaid o de otro programa gubernamental. Autorizo a estos programas a que efectúen pagos directamente a Providence por mi atención médica. También autorizo a Providence a que proporcione toda la información pertinente sobre mí y mi atención médica que sea necesaria para recibir pagos del programa gubernamental correspondiente. Soy responsable del pago del costo deducible o del coaseguro conforme a dichos programas.

SEGURO: si soy elegible para recibir beneficios de alguna compañía de seguros, le asigno dichos beneficios a Providence para pagar por la atención médica proporcionada. También autorizo a Providence a que proporcione toda la información pertinente sobre mí y mi atención médica que sea necesaria para recibir pagos del programa gubernamental correspondiente. Soy responsable del pago de cualquier costo deducible o copago exigido por mi plan de seguro. Entiendo que debo consultar con mi seguro para confirmar mi cobertura y los gastos de bolsillo previstos.

CONDICIONES DE PAGO: Providence ha acordado aceptar la cesión de beneficios de programas de atención médica del Gobierno y de determinadas compañías de seguros. Sigo siendo personalmente responsable del pago íntegro de los gastos facturados, a menos que la ley disponga lo contrario.

UBICACIONES DE LAS CLÍNICAS EXPRESS CARE: los servicios Express Care de Providence tienen una tarifa básica baja. La política de descuentos habitual de Providence no es aplicable a los servicios Express Care.

ASISTENCIA FINANCIERA: si no puedo cumplir con los requisitos financieros para los servicios prestados, soy consciente de que puedo solicitar ayuda financiera o establecer un plan de pago si contacto a un representante financiero de Providence.

Si tiene alguna pregunta o quisiera recibir un formulario de solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto:

Por teléfono: 1-866-747-2455. **Por nuestro sitio web:** www.providence.org.

DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACIÓN: tengo derecho a cancelar la cesión o revocar mi autorización a Providence para que proporcione información sobre mí y mi salud a programas gubernamentales y compañías de seguros. Mi revocación debe realizarse por escrito y entrará en vigencia cuando Providence la reciba.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: la sección “Aviso de prácticas de privacidad” explica cómo los servicios médicos de Providence utilizan mi información.

FOTOGRAFÍAS: acepto permitir que Providence tome, reproduzca y utilice fotografías, videos, monitorización o grabación de videos, o grabaciones de audio para el diagnóstico, las pruebas, la evaluación médica, la atención o el tratamiento (incluidos los procedimientos invasivos), la seguridad del paciente o la educación médica, y para preservar la información clínica. Comprendo que este material puede considerarse parte de mi historia clínica y que puede estar sujeto a la política de privacidad de Providence.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA: acepto la responsabilidad financiera por todos los tratamientos proporcionados. El saldo debe abonarse 30 días después de la fecha de facturación. Si necesito asistencia financiera o si deseo establecer un plan de pago, puedo contactar a un representante financiero de Providence. En caso de que esta cuenta se asigne a un abogado o a una agencia de cobranza, estaré obligado a pagar los costos asociados. Solicito el pago directo de los beneficios a Providence por los servicios clínicos prestados.

- Comprendo que Providence investigará la cobertura del seguro y mi responsabilidad financiera ante pagadores o referencias financieras de terceros. Asimismo, apruebo que dichos pagadores o referencias proporcionen información a Providence.
- Comprendo que Providence (“Providence”, en conjunto) cumple con la legislación federal aplicable sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, orientación sexual o identidad de género.
- He leído o me han explicado la presente autorización para recibir tratamiento y la declaración de responsabilidad financiera. Comprendo el contenido y, al firmar, acepto estar sujeto a este documento conforme a la ley.
- Al firmar este documento a través del panel de firma electrónica, certifico que soy mayor de edad y que tengo capacidad legal para dar mi consentimiento.

LEY DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR TELEFÓNICO

Al proporcionarnos un número de teléfono de un dispositivo móvil u otro dispositivo inalámbrico, usted acepta que, para que nosotros o nuestros proveedores de servicios podamos atender sus cuentas (incluido ponernos en contacto con usted sobre la obtención de una posible ayuda financiera para sus cuentas) o cobrar cualquier pago que pueda deber, nosotros, nuestros agentes, nuestros representantes u otros proveedores de servicios, podemos ponernos en contacto con usted al número de teléfono indicado anteriormente, lo que podría ocasionar gastos para usted. Usted acepta de forma explícita que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o automáticos, o de un autollamador, según corresponda. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y la facturación asociados a esta cuenta, y no constituye una condición para la adquisición de propiedades, bienes o servicios. No es necesario que firme este consentimiento como condición para recibir tratamiento.

Firma del paciente o del representante personal:

Firma del paciente

Fecha al firmar

Firma del representante o agente del paciente

Parentesco con el paciente

Nombre del intérprete (si lo hubo para explicar el presente paciente)

Parentesco con el paciente documento al