Surgical Center at Millburn

ACUERDO FINANCIERO

En el caso de que mi seguro pague la totalidad o parte de los cargos del Centro y/o del médico, el Centro y/o los médicos que me prestan el servicio están autorizados a presentar una reclamación para el pago a mi compañía de seguros. El Centro y/o el consultorio del médico no están obligados a hacerlo a menos que bajo contrato con la aseguradora o vinculado por una regulación de una agencia estatal o federal para procesar dicha reclamación. Esperaremos el pago de deducibles, copagos y coseguros en el momento del servicio. Se espera que los pacientes paguen el saldo acordado en el momento del servicio.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por lo presente asigno beneficios que se pagarán en mi nombre a Surgical Center at Millburn a mi médico de admisión u otros médicos que me prestan servicio. La persona abajo firmante garantiza el pago rápido de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o saldos adeudados después de los pagos del seguro de acuerdo con la póliza de pago para dichas facturas del Centro, mi médico de admisión u otros médicos que prestar el servicio a los cargos no pagados dentro de un período de tiempo razonable por el seguro o el pagador de terceros. Certifico que la información dada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo al Centro, a mi médico de admisión u otros médicos que prestan servicio a liberar la totalidad o parte de mis registros médicos cuando lo exija o lo permita la ley o la regulación gubernamental, cuando sea necesario para presentar cualquier reclamo de seguro para el pago de o a cualquier médico(s) responsable(s) de la atención continua.

AVISO DE DIVULGACIÓN DE PROPIEDAD

He sido informado antes de mi cirugía/procedimiento que los médicos que realizan procedimientos/servicios en Surgical Center at Millburn pueden tener un interés de propiedad en Surgical Center at Millburn. Se me ha proporcionado una lista de médicos que tienen un interés financiero o propiedad en el Centro. El médico me ha dado la opción de ser tratado en otro centro, que he rechazado. Deseo que mi procedimiento/servicios se realice en Surgical Center at Millburn.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD EN VIRTUD DE LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y TRANSFERIBILIDAD DEL SEGURO MEDICO (HIPAA)

Por el presente, acuso recibo de que se ha puesto a mi disposición una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Surgical Center at Millburn. Tengo derecho a solicitar y obtener una copia en papel.

CERTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He revisado mi información demográfica y de seguro en esta fecha y verifico que toda la información reportada al centro es correcta.

CONSENTAMIENTO DEL PACIENTE PARA CONTACTAR

Al proporcionar su información de contacto a continuación y completar este formulario, usted acepta lo siguiente:Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a [Center Name], a cualquier médico asociado u otro cuidador, así como a cualquiera de sus entidades, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, programadores, servicios de facturación, cobradores de deudas y otras partes contratadas, a utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o sintéticos, mensajes de texto y mensajes de correo de voz) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos pendientes, información para o relacionados con bienes y/o servicios médicos proporcionados, información de intercambio, cobertura de atención médica, seguimiento de atención médica y otra información de atención médica.

_____

Firma del Paciente Fecha de Firma Nombre Impreso

_____

Firma de Padres/Tutores (Si el paciente es menor de edad) Fecha de Firma Nombre Impreso

Información de Contacto:

Número de Teléfono Móvil: _____Dirección de Correo electrónico: _____

Para revocar su consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico de [Center Name], puede darse de baja respondiendo e ingresando "Cancelar suscripción". Si desea revocar otras partes de este Formulario de consentimiento para contactar, comuníquese con el centro directamente por escrito o por teléfono.

AUTORIZACION DE LAS COMUNICACIONES DE FACTURACION Y PROCEDIMIENTO

Por el presente, autorizo a Surgical Center at Millburn y/o al médico que llevará a cabo mi procedimiento el día de hoy a comunicar información

sobre mi procedimiento/los resultados de mi procedimiento/facturación a:

- **Mi cónyuge/familiar/otro Nombre(s): _____ _____Iniciales**
- **Número de teléfono de su cónyuge/familiar/otro: _____ _____ Iniciales**
- **Dejar un mensaje en mi contestadora: Sí_____ No_____ _____Iniciales**

DERECHOS DEL PACIENTE/INFORMACIÓN DE DIRECTIVAS AVANZADAS

He recibido una notificación escrita y verbal con respecto a mis Derechos del Paciente antes de mi cirugía/procedimiento. También he recibido información sobre las políticas relativas a las DIRECTIVAS AVANZADAS antes del procedimiento. Se me ha ofrecido información sobre las Directivas Anticipadas junto con los documentos oficiales del Estado a petición.

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende lo anterior y acepta plenamente todos los términos especificados anteriormente.

_____ _____

Firma del Paciente o Persona Responsable Impresión del Nombre

_____ _____

Relación Fecha: