

Cardiology Clinic of San Antonio | Acuerdo Financiero del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

1. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Acuerdo Financiero.

- Reconozco que, por cortesía, **Cardiology Clinic of San Antonio** puede cobrarle a mi compañía de seguros por los servicios que me ha proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos por mi seguro médico o por los cargos que no están pagados en su totalidad por mi seguro médico que incluyen, pero no se limitan a, cualquier co-pago, coaseguro y/o deducible o cargos que no están cubiertos por mi seguro médico.
- Entiendo que se cobra una cuota por los cheques rebotados.

2. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Cobro de Terceros. Reconozco que **Cardiology Clinic of San Antonio** puede utilizar los servicios de un tercer socio de negocios o entidad afiliada como una oficina de recursos económicos externa (EBO, por sus siglas en inglés) para el cobro de las cuentas médicas y de servicios.

3. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Asignación de Beneficios. Por el presente asigno a **Cardiology Clinic of San Antonio** los beneficios de cualquier seguro médico o de un tercero disponibles para la atención médica que se me proporcione. Entiendo que **Cardiology Clinic of San Antonio** tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios. Si dichos beneficios no son asignados a **Cardiology Clinic of San Antonio**, estoy de acuerdo en remitir inmediatamente todos los pagos del seguro médico o de un tercero que reciba por los servicios que se me proporcionen en cuanto reciba dichos pagos.

4. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor))

Certificación del Paciente de Medicare y Asignación de Beneficios. Certifico que, cualquier información que suministre, si es que hay alguna, al solicitar el pago según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguridad Social, es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mi nombre a **Cardiology Clinic of San Antonio** por el programa de Medicare o Medicaid.

5. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Consentimiento a Llamadas Telefónicas para la Comunicación Financiera. Estoy de acuerdo en que con el objeto de que **Cardiology Clinic of San Antonio**, o la Oficina de Recursos Económicos Externa (EBO, por sus siglas en inglés) y los agentes de recolección puedan administrar mi cuenta o recolectar cualquier cantidad de dinero que deba, manifiesto expresamente mi acuerdo y mi consentimiento para que **Cardiology Clinic of San Antonio** o **EBO Servicer** y los agentes de recolección se pongan en contacto conmigo por teléfono, llamando a cualquier teléfono, sin límite de conexión inalámbrica, que he proporcionado o que **Cardiology Clinic of San Antonio** o **EBO Servicer** y los agentes de recolección han obtenido, o a cualquier teléfono remitido o transferido de dicho número en relación a los servicios proporcionados o a mis obligaciones financieras relacionadas con éstos. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz grabados/con voz artificial y/o el uso de aparatos de marcado automático de teléfono según proceda.

6. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Firma del Paciente/Representante del Paciente:

X _____ Fecha _____

Si usted no es el Paciente por favor identifique su Relación con el Paciente.
(Encierre en un círculo o marque la(s) relación(es) en la lista de abajo):

Esposo(a)
Padre o Madre
Tutor Legal

Garante
Poder Notarial para la Atención Médica
Otro (por favor especifique) _____