



VERIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADO GENERAL, TRATAMIENTO Y DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como el paciente, de ser informado de su condición y las recomendaciones quirúrgicas, medicas, o procedimientos de diagnóstico que se utilizaran para que usted pueda hacer la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de saber los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su cuidado, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y / o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada. Esta divulgación no tiene la intención de asustar o alarmar; es simplemente un esfuerzo por informar mejor para que pueda dar o negar su consentimiento. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor/a de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Consentimiento Informado Para Cuidado General y Tratamiento:

Yo, _____, voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo a Terry Reilly, su personal, médicos, y otros profesionales para administrar, proporcionar y realizar tales cuidados médicos generales, pruebas, procedimientos de rutina y otros servicios que sean considerados necesarios, recomendables o beneficiosos por parte de los proveedores para diagnóstico o tratamiento efectivo para mí. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos x, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para los exámenes de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad de dicho tratamiento y cuidado para mi condición.

Excluyendo una emergencia médica o circunstancias extraordinarias, entiendo que no se realizara ningún procedimiento sustancial sin darme la oportunidad de dar o rechazar el consentimiento informado para ese procedimiento específico. Al dar mi consentimiento general para la atención y el tratamiento, entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen en particular, propuesta de cuidado, prueba, cirugía, procedimiento, tratamiento, terapia, o medicamento y que tengo el derecho de revocar este consentimiento general para el cuidado y tratamiento en cualquier momento. A menos que se revoque antes, este consentimiento general para la atención y el tratamiento será válido por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de mi firma a continuación.

Solicito voluntariamente a Terry Reilly y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales o a sus designados, según se considere necesario, que se realice un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención y tratamiento a Terry Reilly.

Responsabilidad Financiera/Liberación de Información:

Responsabilidad Financiera- Yo entiendo que es mi responsabilidad proporcionarle a Terry Reilly información precisa y completa sobre mis beneficios de seguro primario y secundario, incluidos los documentos de referencia de otros proveedores. Las tarjetas de identificación y beneficios de seguro actuales se presentarán en cada visita al consultorio. Como cortesía, Terry Reilly presentara mi reclamo por mí.

Para servicios fuera de Terry Reilly, como radiología, laboratorio, centros de cirugía, terapia física, hospitales y centros de rehabilitación, entiendo que es mi responsabilidad saber que instalación debo utilizar de acuerdo con mis beneficios específicos. Los cargos por estos servicios no serán aplicables para el programa de tarifas variables de Terry Reilly y son 100% de mi responsabilidad. Si no estoy seguro, reconozco que puedo hablar con sus servicios para miembros o con nuestro personal de facturación antes de programar servicios fuera de Terry Reilly.

Seguro Médico-Terry Reilly es un proveedor participante en muchos planes de seguro y presentara mi reclamo como cortesía para mí. Para facturar adecuadamente mi seguro, es mi responsabilidad divulgar toda la información del seguro, incluidos los planes primarios y secundarios, así como cualquier cambio en la información del seguro. Si no proporciono información de seguro completa y precisa, me responsabilizare por la facture completa.

(continua en la página siguiente) →

Si alguno de los proveedores de Terry Reilly no figura en la red de mi plan, puedo ser responsable del pago parcial o total. Si Terry Reilly esta fuera de la red y mi compañía de seguros me paga directamente, soy responsable del pago y acepto enviar el pago a los servicios financieros para pacientes de Terry Reilly de inmediato.

Copagos-Entiendo que se espera el pago al momento de mi visita. Terry Reilly acepta efectivo, cheques y tarjetas de crédito, así como crédito de Care Credit para lo dental. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, co-seguro, copago o cargos no cubiertos de mi compañía de seguro. Si no tengo seguro y califico para una tarifa variable, se espera mi copago por los servicios al momento de mi visita. Los pagos realizados en la fecha de la visita se tratan como un depósito en mi cuenta y se aplicaran después de mi visita. Si los cargos por mis servicios exceden mi pago, se me facturara el resto del saldo. Cualquier crédito en mi cuenta se aplicará a los saldos adeudados pendientes antes de que se me reembolse.

Todos mis pagos realizados a saldos pendientes se aplicarán a la fecha de servicios más antigua en todas las instalaciones.

Planes de pago-Soy consciente de que si tengo dificultades y necesito hacer arreglos de pago puedo hacerlo llamando a servicios financieros para pacientes, en la clínica o en línea en mi portal.

Prepago- Entiendo que se permite el prepago previo a los servicios y se debe comunicar a Terry Reilly cuando se realiza el pago para garantizar que se aplique de manera adecuada. Los depósitos se mantendrán durante 3 meses, momento en el cual los créditos restantes en mi cuenta se aplicarán a los saldos pendientes con Terry Reilly y el resto se me reembolsara.

Falta de pago- Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo restante en mi cuenta y entiendo que, si no pago el saldo de mi cuenta, esto puede resultar en que mi saldo se transfiera a un servicio de colección externa.

Estimaciones de cargos- Yo entiendo que cualquier estimación que me proporcionen para los cargos es solo una estimación. Los costos exactos no se pueden determinar antes de los servicios y cualquier saldo restante por encima de la estimación que se me proporcione se facturara por el pago.

Asignación de beneficios- Autorizo el pago directo de beneficios médicos a Servicios de Salud de Terry Reilly. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la cancele por escrito.

Divulgación de información- Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para obtener el pago de mi compañía de seguro, Medicare, otros médicos o proveedores, y cualquier tercer pagador, y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, honorarios por llegar tarde, intereses, honorarios de abogados y cobros considerados responsabilidad del paciente por mi compañía de seguro.

MVA/Compensación de trabajo- Si mi visita se debe a una lesión relacionada con el trabajo o un accidente automovilístico, soy responsable de proporcionar a Terry Reilly el número de caso o el número de póliza, compensación del trabajador o el nombre de la compañía de seguros, la dirección u otra información de contacto a la hora de mi cita. Entiendo que, si se rechazan mis reclamos o no proporciono la información de facturación necesaria, seré financieramente responsable de mi factura. Terry Reilly no factura a terceros por accidentes automovilísticos. Es mi responsabilidad abrir un reclamo con mi seguro de auto y proporcionar la información de facturación necesaria para estas visitas.

Cheques devueltos-El cargo por un cheque devuelto es de \$25 pagado en efectivo, crédito, o giro postal. Este cargo se aplicará a mi cuenta además de la cantidad regresada por fondos insuficientes.

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTA VERIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO GENERAL Y TRATAMIENTO Y LA DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA.ME HAN DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HAYA TENIDO HA SIDO RESPONDIDA A MI SATISFACION POR PARTE DEL PERSONAL.

Firma del Paciente

Nombre Impreso del Paciente

Fecha

El paciente no puede firmar porque _____. Por esta razón, yo verifico que he otorgado mi consentimiento para cuidado general y tratamiento en nombre del paciente mencionado anteriormente.

Firma del Representante Personal

Nombre Impreso del RP

Fecha