

FORMULARIO GENERAL DE CONSENTIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para el estudio y el tratamiento de la afección para la cual yo, mi hijo o mi dependiente hemos venido a Algonquin Road Surgery Center. Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y, por lo tanto, no se dieron ni se pueden dar garantías en lo concerniente a la posibilidad de éxito o el resultado de cualquier diagnóstico, tratamiento, estudio o examen realizado en Algonquin Road Surgery Center.

Consentimiento para divulgación de información

Comprendo que Algonquin Road Surgery Center utilizará y divulgará información de salud con el fin de tratamiento, pago y operaciones de cuidados de la salud, en la medida permitida por la ley según se describe en la *Notificación de práctica de privacidad* de Algonquin Road Surgery Center. Se puede utilizar cierta información sin mi consentimiento. Comprendo completamente que el uso de la divulgación de mi información de salud puede incluir historia clínica, diagnóstico o tratamiento diagnóstico de afecciones médicas. Comprendo que si no permito la divulgación de mi información de salud para procesar mi reclamo de seguro médico, pudiera ser responsable financieramente por todos los costos en los que incurriera para mi tratamiento. Accedo a eximir de responsabilidad a Algonquin Road Surgery Center, a sus agentes, sus empleados y médicos de cualquier responsabilidad que pudiera surgir del uso o la divulgación de mi información de salud.

Información del paciente recibida

Información de facturación del paciente

(en el reverso de este formulario)

Sí

Notificación de prácticas de privacidad

Sí

Información de directiva avanzada en el momento de la llamada previa a la operación

Sí

Derechos y responsabilidades del paciente

Sí

Permiso para llamar

Puede llamarme a casa y dejar mensajes. Sí No Puede llamarme al trabajo y dejar mensajes. Sí No

Exención de responsabilidad por objetos de valor

_____ comprendo que mis pertenencias son mi responsabilidad y se me ha aconsejado dejar mis objetos de valor en casa.

(Iniciales)

Eximo a Algonquin Road Surgery Center de toda responsabilidad por la pérdida, el daño o el robo de cualquiera de mis pertenencias.

Divulgación de información médica

También autorizo la divulgación de información médica e información de citas a las siguientes personas.

Certifico que he recibido y revisado las Condiciones de notificación de cobertura de Medicare, que incluyen los Derechos y las responsabilidades del paciente y la Lista de propiedad e intereses de médicos antes del día de la fecha.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Padre o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

PREGUNTAS OBLIGATORIAS DEL ESTADO DE ILLINOIS

Marque la casilla que corresponda a las preguntas a continuación. La información es necesaria para informar al Estado de Illinois.

RAZA

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái o de islas del pacífico
- Blanco
- Otro

ETNIA

- Hispano o de etnia latina
- No hispano ni de etnia latina

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Algonquin Road Surgery Center como su proveedor de cuidados de la salud. Como parte de su atención, debemos informarle los cargos por los servicios que se le brindarán y su obligación de pagar los cargos que pudieran no estar cubiertos por su empresa aseguradora.

El día de su cirugía, entréguenos una copia de su tarjeta más reciente del seguro y una identificación con fotografía. La información incorrecta demorará o detendrá el pago de su empresa aseguradora. **Su copago, coseguro y deducible no cubierto, si los hubiere, deben pagarse en su totalidad el día de su cirugía.**

1. Antes de la cirugía, hemos hecho todos los esfuerzos por comunicarnos con su empresa de seguros para verificar la cobertura de su seguro y los beneficios que se adeudan a nuestro establecimiento; sin embargo, esto no es garantía de pago por parte de la compañía aseguradora. La empresa de seguros toma una decisión final de pago luego de la presentación del reclamo y de que ellos lo estudien.
2. Las tarifas de nuestro establecimiento cubren **únicamente** los cargos que Algonquin Road Surgery Center puede facturar. Es probable que nos facturen por separado los servicios de anestesia, laboratorio, patología o equipamiento médico durable. No facturamos estos servicios. **No** verificamos el seguro por estos servicios. Toda consulta concerniente a estos servicios se debe dirigir a esa entidad en particular. **Es la responsabilidad del paciente conocer la cobertura y las limitaciones de su póliza de seguros.**
3. La ley vigente del estado de Illinois exige que las compañías aseguradoras realicen el pago en el plazo de 30 días desde la recepción de un reclamo. Si no recibimos el pago en ese período, volveremos a presentar su reclamo o llamaremos a su compañía. Si no se recibe el pago luego de 60 días, le enviaremos un comunicado informándole ese hecho. Debe comunicarse con su compañía aseguradora para ayudar a acelerar el pago. En esta instancia, el saldo de la cuenta se convierte en su responsabilidad.
4. Ofrecemos un plan de pago extendido mediante Care Credit para pacientes que estén aprobados, este plan permite hasta 18 (dieciocho) meses sin intereses para aquellos pacientes que no pudieran pagar la totalidad de su saldo en el momento del servicio; comuníquese con el Departamento de Cobros antes de la fecha de su cirugía para llegar a un acuerdo sobre esto. Para obtener más información acerca de Care Credit, llame al 800-859-9975 o comuníquese con nuestro Departamento de Cobros llamando al 847-458-1246.
5. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard y Discover. Ofrecemos un descuento de cortesía para pacientes que no tienen cobertura si pagan la totalidad del monto en el momento de la cirugía.
6. En caso de mora o falta de pago, Algonquin Road Surgery Center tendrá derecho a recuperar todos los gastos en los que se incurriera para cobrar, esto incluye las tarifas legales y los honorarios razonables de abogados a los fines de hacer el cobro. También se acuerda que todo saldo de crédito se puede aplicar en cualquier otra cuenta que se adeudare a Algonquin Road Surgery Center que no fuera la del garante o la parte responsable, o a cualquier cuenta abierta para su familia dependiente.

Gracias por comprender y aceptar nuestra Política Financiera. Comuníquese con el Departamento de Cobros llamando al 847-458-1246 si tiene alguna consulta o preocupación concerniente a esta política. Nuestro objetivo es brindarle el mejor servicio que podamos brindarle y hacer que su estadía con nosotros sea tan relajante y placentera como fuera posible. Su firma a continuación es la aceptación de las políticas anteriores.

SE DEBE PAGAR LA TOTALIDAD DE LAS CUENTAS EN EL PLAZO DE 90 DÍAS

Firma de la parte responsable

Fecha

Respetar nuestra política financiera, permite a Algonquin Road Surgery Center reducir el costo del cuidado de la salud y brindar descuentos a nuestros pacientes.