

**NOMBRE:**

**MRN:**

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegir al St Christopher's Pediatric Associates, aquí en adelante se denomina "Instalación") como su proveedor de atención médica para su cuidado de salud. Es un honor para nosotros el que usted nos haya escogido y estamos comprometidos para prestarle un cuidado de salud de las más alta calidad.

Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer la comprensión de nuestra responsabilidad financiera del paciente.

En consideración a los servicios proporcionados por St Christopher's Pediatric Associates:

- Yo atribuyo al Instalación todos los beneficios del hospital y de proveedores médicos que puedan ser pagados por: una compañía de seguros, plan de salud, empleador, agencia gubernamental incluidos pero no limitado a Medicare, Medicaid, o cualquier otro pagador de tales beneficios (todos pueden dominarse como "pagadores"); y los derechos relacionados que existan bajo la cobertura del pagador que yo haya identificado o que vaya a identificar, por los servicios prestados.
- Yo apruebo a cualquier pagador para que haga los pagos directamente. Yo también sé que le estoy dando mi aprobación al Instalación para entregar toda la información relacionada con la salud del paciente que incluye información privilegiada (por ejemplo salud mental, alcohol/abuso de drogas o VIH/SIDA), para propósitos de pago. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que yo la suspenda por escrito.
- Yo comprendo que cualquier pago recibido por el Instalación para esta periodo podrá ser aplicado a cualquier factura no cancelada de la que yo sea responsable.
- Yo entiendo que hay diferentes reglas para los pagos por parte de los diferentes pagadores incluidos, pero no limitados a, pre-certificaciones, referidos, autorizaciones, o que los servicios sean requeridos medicamente.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad el conocer las reglas de mi pagador y el asegurarme de que estas se hayan cumplido.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo que yo debo pagar por cualquier cargo que no esté cubierto por esta asignación y estoy de acuerdo en pagar a Instalación el balance completo que no sea cancelado por mi proveedor de beneficios médicos y de hospital (ciertas reglas y excepciones pueden aplicar para pagadores contratados).
- Si el Instalación decide interponer una apelación para cualquier negación de pago por los servicios recibidos por parte de mi pagador, esta carta de responsabilidad financiera sirve como mi consentimiento por escrito para que Instalación y/o sus agentes tengan el poder para interponer todos y cualquier apelación, incluidos el arbitraje, a mi nombre. Esta responsabilidad financiera es confirmada y aceptada por medio de mi firma abajo.
- Yo entiendo que cualquiera y todos los balances asignados como responsabilidad del paciente pueden estar sujetos a esfuerzos de cobranza internos y externos, así como a reportaje a las principales agencias de crédito, si no se pagan de manera cumplida.
- Por la presente, doy permiso y consentimiento a Instalación, sus representantes y agentes de cobranza, para que me contacten por teléfono a cualquier número de teléfono asociado conmigo, incluyendo números inalámbricos proporcionados por mí, para que me dejen mensajes en el contestador automático y correo de voz, para que me envíen mensajes de texto o correos electrónicos usando cualquier dirección de correo electrónico que yo haya proporcionado, y para que usen mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o un sistema automático de marcado telefónico, en conexión con cualquier comunicación que yo haya hecho, incluyendo facturación, pago, cobranza de deudas y cualquier otra comunicación requerida por la ley
- También estoy de acuerdo en que si yo le he dado mi número(s) de teléfono celular a Instalación, es para que Instalación o cualquiera de sus agentes puedan usa esos números para propósitos de contacto.
- Yo comprendo que yo debo pagar todos los co-pagos, deducibles, co-seguro, y cualquier beneficio fuera del sistema de beneficios, en el momento en que los servicios sean prestados.
- También me será enviada una factura, por cualquier cantidad adicional, que no sea cancelada por mi Pagador.
- Es mi responsabilidad el asegurarme que el pago o que al Instalación le sea entregada la información correcta para el pago de los servicios recibidos.
- Entiendo que si he manifestado que mi tratamiento está relacionado con una lesión o enfermedad en el trabajo, mi información será enviada a la compañía de seguros de compensación al trabajador de mi empleador o a la tercera persona designada como administrador.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Paciente/Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Garante

**Para preguntas o preocupaciones, o para más información referente a la asistencia financiera u opciones de planes de pago que pudieran estar disponibles para usted, por favor habla con nuestro personal.**

**Una copia de esta forma esta disponible cuando se solicite.**