# Acuerdo financiero

En 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 brinden servicio están autorizados a presentar una reclamación de pago a mi compañía de seguro. Ni el Centro ni el consultorio médico están obligados a hacerlo, a menos que esté estipulado por contrato con la aseguradora o lo obliguen las reglamentaciones de un organismo estatal o federal a fin de procesar dicha reclamación. Se le solicitará que abone los copagos y el coseguro en el momento en que se le brinde el servicio. Los pacientes que pagan sus propios gastos deberán pagar el saldo acordado en el momento en que se les brinde el servicio.

# CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

**Por el presente, cedo los beneficios que se pagarán a mi nombre a *ESSEX ENDOSCOPY CENTER*, mi médico de admisión u otros médicos que me brinden servicio. La persona abajo firmante garantiza el pronto pago de todos los cargos incurridos por servicios brindados o saldos debidos después de los pagos de seguro, de conformidad con la política de pago correspondiente a tales facturas del Centro, mi médico de admisión u otros médicos que me brinden servicio, con respecto a cargos no pagados dentro de un período razonable de tiempo por el seguro o un tercero pagador. Certifico que la información proporcionada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.**

## DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

### Autorizo al Centro, mi médico de admisión u otros médicos que me brinden servicio a divulgar la totalidad o parte de mi historia clínica siempre que las leyes o las reglamentaciones gubernamentales lo requieran o permitan, cuando se requiera para la presentación de cualquier reclamación de seguro por pago de servicios o a cualquier médico responsable de continuar la atención médica.

## DIVULGACIÓN DE AVISO DE PROPIEDAD

Me han informado antes de mi cirugía/procedimiento que es posible que los médicos que llevan a cabo los procedimientos/servicios en *ESSEX ENDOSCOPY CENTER* tengan una participación en *ESSEX ENDOSCOPY CENTER*. El médico me ha dado la opción de que me brinden tratamiento en otras instalaciones/Centro, lo cual he rechazado. Deseo que mi procedimiento y/o mis servicios se lleven a cabo en *ESSEX ENDOSCOPY CENTER*.

## CERTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He revisado mis datos correspondientes a la información demográfica y de seguro del paciente en esta fecha, y he comprobado que toda la información brindada al Centro es correcta.

# INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES/LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS

He recibido notificación verbal y por escrito acerca de mis derechos como paciente antes de llevar a cabo la cirugía/procedimiento. Asimismo, he recibido información acerca de las políticas de *ESSEX ENDOSCOPY CENTER* con respecto a las DIRECTIVAS ANTICIPADAS antes de la fecha del procedimiento.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente o parte responsable Nombre en letra de imprenta**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### Parentesco o relación con el paciente Fecha de la firma