

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO / DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: Autorizo al/a los Médico(s) o a su(s) persona(s) designada(s) a cargo de mi atención o la atención del paciente (mencionado previamente) a administrar cualquier tratamiento, incluso medicamentos o vacunas, según sea necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento de cualquier afección relacionada conmigo o con el paciente. Esta autorización es válida y tendrá vigencia hasta el momento en que la retire por escrito o en persona.

CESIÓN DE BENEFICIOS Y TÉRMINOS DE PAGO

MEDICARE/MEDICAID Y OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES: Si reúno los requisitos para recibir los beneficios de Medicare, Medicaid o cualquier otro programa gubernamental, autorizo a este/ estos programa(s) a pagarle directamente a Providence por mi atención. También autorizo a Providence a divulgar al/a los programa(s) gubernamental(es) correspondiente(s) toda la información relevante acerca de mí y mi atención médica que sea necesaria para recibir el pago. Soy responsable de pagar el deducible y/o el coseguro en virtud de dicho(s) programa(s).

SEGURO: Si reúno los requisitos para recibir los beneficios de alguna compañía de seguros, cedo estos beneficios a Providence para pagar por la atención proporcionada. También autorizo a Providence a divulgar a la(s) compañía(s) toda la información relevante acerca de mí y mi atención médica que sea necesaria para recibir el pago. Soy responsable de pagar cualquier copago y/o deducible requerido en virtud de su(s) plan(es) de seguro.

TÉRMINOS DE PAGO: Providence se ha comprometido a aceptar la cesión de beneficios de programas de atención médica gubernamentales y determinadas compañías de seguros. Sigo siendo personalmente responsable del pago total por los cargos facturados, a menos que la ley exija lo contrario.

CLÍNICAS DE EXPRESS CARE: Los servicios de Express Care de Providence tienen una tarifa básica baja preestablecida. La política de descuentos habitual de Providence no se aplica a los servicios de Express Care.

ASISTENCIA FINANCIERA: Si no puedo cumplir con los requisitos financieros para los servicios proporcionados, estoy al tanto de que puedo solicitar asistencia financiera o establecer un plan de pagos comunicándome con un representante financiero de Providence.

DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACIÓN: Tengo derecho a cancelar mi cesión o mi autorización para que Providence divulgue información acerca de mí y mi salud a los programas gubernamentales y la(s) compañía(s) de seguros. Mi revocación debe presentarse por escrito y entrará en vigor cuando Providence la reciba.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: La manera en que Providence Physician Services podrá usar la información acerca de mí se explica en el "Aviso de prácticas de privacidad".

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Acepto la responsabilidad financiera por todo el tratamiento proporcionado. El saldo deberá pagarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de facturación. Si necesito asistencia financiera o deseo establecer un plan de pagos, puedo comunicarme con un representante financiero de Providence Health & Services. Si esta cuenta se asigna a un abogado o una agencia de cobro, tendré la obligación de pagar los costos asociados. Solicito el pago directo de los beneficios a Providence Health & Services por todos los servicios clínicos proporcionados.

- Entiendo que Providence Health & Services consultará sobre la cobertura de seguro y mi responsabilidad financiera a terceros pagadores o referencias financieras. Además, apruebo que estos pagadores y/o referencias divulguen información a Providence Health & Services.
- Entiendo que Providence Health & Services y sus Afiliados (colectivamente denominados "Providence") cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, orientación sexual o identidad de género.
- He leído, o me han explicado, la Autorización para el tratamiento y la Declaración de responsabilidad financiera incluidas previamente. Comprendo el contenido y, al firmar, me comprometo a cumplir con las obligaciones legales establecidas en este documento.
- Al firmar este documento mediante firma electrónica, certifico que tengo edad legal y soy legalmente competente para prestar mi consentimiento.