1. ACUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todas las facturas del hospital según las tarifas y términos regulares de LLUMC, incluyendo sus políticas de pago por servicios de beneficencia y de pago reducido, si corresponde. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Si para fines de cobro, la cuenta llegara a enviarse a un abogado o a una agencia de cobranza (*collection*), yo pagaré los honorarios del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal, a menos que esté prohibido por la ley.

Iniciales del Paciente/Representante legal: _____

2. ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Asigno y autorizo el pago directo a LLUMC de todos los beneficios de seguro médico pagaderos por esta visita de emergencia, o por cualquier servicio brindado como paciente interno o externo. Estoy de acuerdo en que el pago a LLUMC por parte de la aseguradora, según esta autorización, liberará las obligaciones de la aseguradora en lo concerniente a dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados según esta asignación.

3. OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO

LLUMC mantiene una lista de los planes médicos con los cuales tiene contrato. Esta lista está disponible en la oficina financiera, si la solicita. LLUMC no tiene contrato, expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista.

Estoy de acuerdo en pagar en su totalidad por todos los servicios que me brinde el hospital si pertenezco a un plan que no aparezca en la lista de contratos antes mencionada. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anestesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que me brindan servicios tienen contrato con mi plan de seguro médico, si es que lo tengo.

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios que me brindaron y en aceptar los términos del Acuerdo Financiero, de la Asignación de los Beneficios del Seguro y las provisiones de la Obligación del Plan de Seguro Médico antes mencionados. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o quien está debidamente autorizado por el paciente para firmar lo anteriormente descrito y aceptar sus términos en nombre suyo.

PROOF

4. NOTIFICACIÓN: PROHIBICIÓN DE REPORTES CREDITICIOS POR DEUDAS MÉDICAS

La Sección 1785.27 del Código Civil le prohíbe a un titular de este contrato de deuda médica brindar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de reportes crediticios del consumidor. Además de cualquier otra multa permitida por la ley, si una persona viola a sabiendas esa sección proporcionando información sobre esta deuda a una agencia de reportes crediticios del consumidor, la deuda quedará anulada e inaplicable.

5. TRASLADO A INSTITUCIÓN MÉDICA CONTRATADA

Reconozco que una vez que esté estable, me podrían trasladar a una institución médica con la que se tenga contrato para continuar mi tratamiento médico. Se me ha informado que de rehusarme a dicho traslado, seré financieramente responsable.

Iniciales del Paciente/Representante legal: _____

Firma _____ Fecha _____ Hora _____
Paciente/Representante Legal

Relación con el paciente (si firma el Representante Legal) _____

Witness Name (print) _____

*Witness Signature*_____ *Date* _____ *Time* _____

Interpreted by: ☐ *Certified Interpreter* ☐ *Qualified Bilingual Staff* ☐ *Language Line*
☐ *Other (relationship):* _____

Interpreter Name (print): _____

Interpreter Signature (if present): _____ *Date:* _____ *Time:* _____

*Language Line Interpreter ID# (if applicable):*_____ *Date:* _____ *Time:* _____