

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

#### Acuerdo financiero.

- Estoy al tanto de que, como cortesía, Channelview Family Medicine puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

**Cobros por terceros.** Reconozco que Channelview Family Medicine puede utilizar los servicios de una entidad asociada o afiliada externa como una oficina comercial extendida ("Prestador EBO") para la facturación y mantenimiento de cuentas médicas.

**Asignación de beneficios.** Por el presente, asigno a Channelview Family Medicine cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que Channelview Family Medicine tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Channelview Family Medicine, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.

**Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios.** Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a Channelview Family Medicine.

**Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras.** Para que Channelview Family Medicine o los prestadores de servicios de oficina comercial extendida (EBO) y los agentes de cobro mantengan mi cuenta o cobren los montos que pueda deber, expresamente acepto y doy mi consentimiento para que Channelview Family Medicine o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras, por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que yo haya proporcionado, o que Channelview Family Medicine o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro hayan obtenido o en cualquier número de teléfono al que se haya remitido o transferido la llamada desde ese número. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

**Firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente, indique su vínculo con el paciente (marque con un círculo o marque los vínculos en la siguiente lista):

Cónyuge  
Padre/madre  
Tutor legal

Garante  
Poder notarial para asistencia sanitaria  
Otro (especifique) \_\_\_\_\_