

## Endoscopy Center of Yuma

### ACUERDO FINANCIERO

En el caso de que mi aseguranza pague todo o parte de los cargos del Centro y/o el médico, el Centro y/o el medico que me de servicio tienen mi autorizacion para mandar el cobro para el pago a mi compania de aseguranza. El Centro y/o oficina del medico no está obligado a hacerlo al menos que este bajo contrato con la compañía de seguros u obligados por regulaciones de ley del estado o de la agencia federal para procesar el cobro. Esperamos el pago de co-pagos y co-aseguranza en el momento de servicio. El balance total es requerido el dia del servicio para pacientes sin aseguranza.

### ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE ASEGURANZA

Por medio de la presente cedo beneficios a ser pagados a Centro de Endoscopia de Yuma en mi nombre, mi médico de cabecera o médico de otros que prestan servicio a mi favor. La persona abajo firmante garantiza el pago oportuno de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o los saldos adeudados después de los pagos de seguro de acuerdo con la política de pago de dichas facturas para el Centro, mi médico de cabecera o médico de otros que prestan servicios a los cargos no pagados dentro de un período razonable de tiempo por el seguro o el pagador de terceros. Yo certifico que la informacion dada con respecto a la cobertura del seguro es la correcta.

### DIVULGACION DE ARCHIVOS (REGISTRO) MEDICOS

Autorizo el Centro, mi médico que me atendian, u otros médicos que me den servicio para dar todo o parte de mi historial médico donde sea requerido o permitido por la regulación de ley o gobierno, cuando sea necesario para la sumisión de cualquier reclamo a la aseguranza para el pago de servicios o a cualquier médico(s) responsable del cuidado continuo.

### NOTA DE REVELACION DE PROPIEDAD

He sido informado antes de la fecha del procedimiento que los médicos que realizan procedimientos/servicios en el Endoscopy Center of Yuma pueden tener un interés de propiedad o sociedad en el Endoscopy Center of Yuma. El médico me ha dado la opción para ser tratada en otro centro, lo cual he rechazado. Deseo tener mi procedimiento/servicios realizados en el Endoscopy Center of Yuma.

### CERTIFICACION DE INFORMACION DEL PACIENTE

He revisado mi informacion persona e información de aseguranza en esta fecha y verifico que toda la información reportada al Centro es correcta.

### DERECHOS DEL PACIENTE INFORMACION DEL PACIENTE/AVANCE DIRECTIVAS

He recibido notificación por escrito y verbal con respecto a mis Derechos de Paciente antes de la fecha del procedimiento. Yo también he recibido información con respecto al Endoscopy Center of Yuma polizas que pertenecen a avance directivas antes de la fecha de procedimiento.

- Testamento En Vida \_\_\_\_\_ (Localizacion, si es posible)
- Potencia Del Abogado Medica \_\_\_\_\_ (Designe)
- Quisiera elegir a alguien para hablar en mi favor en caso que no pudiera hablar por mi mismo. \_\_\_\_\_ (Nombre).
- Me gustaría obtener información sobre las directivas anticipadas.
- No tengo ninguno de los antes dichos y no deseo uno.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Firma de persona responsable

\_\_\_\_\_  
El Nombre Impresso

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha