

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO

El suscrito autoriza, firmado como agente o como paciente, y asigna a Sharp Rees-Stealy todos los beneficios, cheques, o dinero a los cuales él o ella tengan derecho, directa o indirectamente, como el resultado de cobertura médica por parte de una compañía de seguros u otro plan de beneficios de salud. El suscrito entiende y acepta que es su responsabilidad exclusiva la cobranza, facturación y negociación de pago por parte de su asegurador. Cualquier ayuda ofrecida por Sharp Rees-Stealy como asistencia al paciente para procesar su reclamo de pago, no deslinda al paciente de esta responsabilidad. El suscrito también entiende y acepta (sin importar la asignación de beneficios) que él o ella son responsables por el pago total y oportuno a SharpRees-Stealy, aún cuando una reclamación de pago esté pendiente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE

El abajo firmante solicita que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a Sharp Rees-Stealy/Sharp HealthCare en nombre del paciente. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

DIVULGACIÓN DE OPEN PAYMENTS

La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Solo con fines informativos, se proporciona un enlace a la página web de Open Payments de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Physician Payments Sunshine Act (*Ley federal de transparencia de pagos a profesionales de la salud*) exige que se ponga a disposición de la población información detallada sobre los pagos y otras retribuciones de más de diez dólares (\$10) que los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos realizan a médicos y hospitales universitarios.

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

El suscrito acepta que Sharp Rees-Stealy y sus doctores no serán responsables por errores u omisiones por parte de empleados o contratistas de otros proveedores del cuidado de la salud, que brinden servicios al suscrito durante el transcurso de su tratamiento en Sharp Rees-Stealy.

EXPEDIENTES MÉDICOS

Para ayudar a coordinar su cuidado, Sharp Rees-Stealy utiliza un sistema unificado de expedientes médicos electrónicos, el cual es compartido por todos los médicos, enfermeras y asistentes médicos de Sharp Rees-Stealy, incluyendo los del Departamento de Medicina Ocupacional de Sharp Rees-Stealy.

El suscrito certifica que ha leído lo anterior, ha recibido una copia de este documento y que él o ella es el paciente, o el representante legal del mismo, o que está plenamente autorizado por el paciente como su agente general para ejecutar este Convenio y aceptar los términos del mismo.

Nombre del paciente: _____ Expediente Médico #: _____
(Letra de molde por favor)

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente, custodio, guardián, protector o agente)

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco: _____

Testigo: _____

CONVENIO Y CONDICIONES PARA EL REGISTRO DE PACIENTES EN SHARP REES-STEALY MEDICAL GROUP, INC. (Sharp Rees-Stealy)

Si el paciente es un menor, el padre o la madre, tutor legal, o persona autorizada (por escrito) debe firmar. Si el paciente es incompetente, un tutor legal o protector debe ser quien firme.

Sharp Rees-Stealy es una corporación médica profesional independiente que contrata y es remunerado por Sharp HealthCare por la prestación de servicios médicos y ancilares para pacientes en los Centros Médicos Sharp Rees-Stealy y otros centros de atención médica. Sujeto a las restricciones de cobertura que pueda imponer su plan de salud, le informamos que puede elegir cualquier organización con el fin de obtener los servicios ordenados o solicitados por su médico.

CONSENTIMIENTO MÉDICO

El suscrito accede a todo servicio que no requiera consentimiento informado por escrito.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El suscrito acusa recibo de la Notificación de Procedimientos para Asuntos Confidenciales de Sharp Rees-Stealy. Para obtener copias adicionales visite la página Web www.sharp.com.

ACUERDO FINANCIERO

El suscrito, ya sea que firme como agente o como paciente, acepta que en consideración a los servicios que se le prestarán al paciente, él o ella individualmente se compromete a pagar todos los cargos pagaderos, de acuerdo a las tarifas y términos regulares de Sharp Rees-Stealy. Además, el suscrito entiende que cualquier depósito hecho por servicios incurridos, es simplemente un depósito, y que él o ella serán responsables financieramente por todos los gastos incurridos.

El costo de servicios no cubiertos por el seguro médico, esto incluye los servicios que el seguro considera experimental o clínicamente no necesarios, deducibles aplicados por el seguro médico y (o) la porción a pagar designada por el seguro médico, deben ser liquidados el mismo día de la cita durante la cual se reciba el servicio. El monto que no sea cobrado el día de la cita permanece la responsabilidad de el paciente. Además, el suscrito autoriza por este medio a Sharp Rees-Stealy a revisar y(o) verificar todas las referencias e información financiera acerca de él o ella pertinente a su cuenta, incluyendo, pero sin limitarse a sus reportes de crédito. Todas las cuentas de los pacientes son pagaderas al recibo de le estado de cuenta o factura. Si llega a ser necesario emplear los servicios de una agencia profesional de cobranzas y(o) los servicios de un abogado para que se cumpla con esta Convenio, o la colecta de un fallo basado en dicho convenio, el paciente o la persona responsable por el pago de gastos relacionados con este convenio, promete pagar todos los intereses aplicables, costos de los tribunales y honorarios de abogado.

El suscrito se compromete por este medio a notificar la cancelación de citas con 24 horas de anticipación y la cancelación de procedimientos con 72 horas de anticipación. Si no cancelara con anticipación, él o ella comprenden que quizás apliquen cargos por no presentarse a su cita.

GARANTÍA DE SEGURO MÉDICO

El suscrito por este medio acepta que él o ella deben tener cobertura de seguro médico vigente en el momento de su visita. Si él o ella no pueden demostrar que tienen cobertura de seguro médico en el momento de su visita, tendrán 60 días calendario para proporcionar dicha información. Si no pueden proporcionar prueba de que cuentan con cobertura de seguro médico dentro de ese plazo de 60 días calendario, él o ella adquieren completa responsabilidad financiera por todos los cargos incurridos. Además, si la cobertura del seguro del paciente termina retro activamente, él o ella serán responsables en el aspecto financiero, por cualquier servicio prestado.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

El abajo firmante da su consentimiento y acepta expresamente que Sharp Rees-Stealy/Sharp HealthCare, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los cobradores de deudas, pueden enviar comunicaciones periódicas por medios electrónicos para cualquier propósito legal, incluidos los fines empresariales y/o comerciales de rutina, en cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que proporcione. Los mensajes se pueden enviar mediante mensajería de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcación telefónica automática (marcador automático), mensajes pregrabados o llamadas de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. El abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP o llamando al 1-800-827-4277. El hecho de que el abajo firmante acepte recibir estos mensajes no afectará la atención de ninguna manera. Visite www.sharp.com/terms para conocer los Términos de uso completos.