



## ACUERDO DEL PACIENTE

### **SEGURANZA**

Pacientes son responsables de que los doctores de Sports Medicine Oregon serán cubiertos por la póliza del seguro. Por favor tenga en cuenta de que algunos o todos nuestros servicios disponibles podrían ser considerados como "No cubierto" bajo su póliza de seguro por consideraciones de que el servicio no es médicamente necesario. Y el paciente será responsable por los cargos del servicio. Favor de revisar con la seguridad o con la póliza del seguro por si necesita información sobre los servicios cubiertos y no cubiertos.

Usted es responsable de obtener cualquier referencia requerido por su plan de seguridad, como está indicado en el folleto para el paciente dado por su compañía de seguros. Usted será responsable por pagar los servicios o penalizaciones por no haber obtenido referencia o autorización previa.

- ☛ Todos los copagos, deducibles, y coaseguros (donde aplique) Se deben en el momento del servicio
- ☛ Nosotros colectamos un depósito de \$225.00 a todos los pacientes que paga personalmente por la primera consulta y con un depósito de \$100.00 por cada visita adicional. Cargos secundarios, como el uso del equipo médico, Radiografías e inyecciones. No están incluidos en el cargo del depósito inicial y será responsable de cualquier cargo adicional. Pacientes que están pagando por si mismo serán enviados una factura con el balance restante o recibirá un reembolso de fondos no usados.
- ☛ Si falta o cancela su cita sin avisar 24 horas en avance, nuestra oficina reserva el derecho de penalizarlo con \$50 por cada cita que falte o cancele sin avisar la oficina al menos 24 horas en avance. Este cargo será responsabilidad del paciente y no será facturados a la seguridad.

### **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES/ACCIDENTE AUTOMOVILISTA**

Pacientes que serán vistos por reclamos de compensación de trabajadores o por un accidente automovilista son responsables de cualquier servicio negado (no cubierto). Su reclamo con la compañía de seguros no garantiza pago por los servicios.

### **RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO**

El *Aviso de Prácticas de Privacidad* describe los usos y divulgaciones de información de salud, que son seguidos por el personal de la oficina de *Sports Medicine Oregon* y sus derechos con respecto a su información de salud. Usted entiende y acepta que *Sports Medicine Oregon* puede utilizar y divulgar su información de salud:

- ☛ Para tomar decisiones sobre su atención y plan de tratamiento.
- ☛ Referir, consultar y gestionar, junto con otros profesionales de la salud (doctores), sobre su atención y tratamiento.
- ☛ Determinar su elegibilidad sobre su cobertura de seguro, presentar facturas, reclamos y otra información relacionada con las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de su atención médica.
- ☛ Realizar varias funciones administrativas y funciones de negocios para apoyar a su médico en proveerle, servicios de calidad y de valor efectiva en su tratamiento médico.

Esto puede ser en forma escrito, correspondencia electrónica u oral, y puede incluir información sobre su historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas,

diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas (prescripciones) y otro tipo similar de información relacionada con la salud.

### **ACCESO DE PROPIEDAD**

Por favor revise cuidadosamente la información contenida en este aviso, dado a todos los pacientes de *Sports Medicine Oregon*. En el evento de que reciba una cita para la cirugía en *Oregon Outpatient Surgery Center, LLC.*, o una resonancia magnética (MRI) en *Clearview MRI*. Usted necesita saber y reconocer lo siguiente:

- ☛ Nuestros médicos, Jonathan E. Greenleaf, MD, Richard H. Edelson, MD, Kevin J. Murphy, MD, y Conrad G. Hamilton, MD, son propietarios de y tienen intereses en *Oregon Outpatient Surgery Center, LLC*.
- ☛ Nuestros médicos, Jonathan E. Greenleaf, MD, y Kevin J. Murphy, MD, son propietarios de y tienen intereses en *Clearview MRI*.
- ☛ Usted tiene el derecho de elegir el proveedor de servicios de atención médica. Por lo tanto, usted tiene la opción de utilizar un centro de atención médica que no sea *Oregon Outpatient Surgery Center, LLC* y el derecho de usar una resonancia magnética (MRI) en otro centro que no sea *Clearview MRI*.
- ☛ Usted no va a ser tratado de manera diferente por su médico si usted decide obtener servicios de atención médica en un centro que no sea *Oregon Outpatient Surgery Center, LLC.*, O *Clearview MRI*.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor no dude y pregúntele a su médico o cualquier representante de nuestra oficina en *Sports Medicine Oregon* o el *Oregon Outpatient Surgery Center, LLC*.

### **AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

- ☛ He leído y estoy de acuerdo con las pólizas anteriores.
- ☛ Yo autorizo el pago de beneficios directamente a *Sports Medicine Oregon* por los servicios presentados
- ☛ Reconozco que una copia de la *Notificación de prácticas de privacidad* será dado al de registrarse
- ☛ Autorizo a *Sports Medicine Oregon* para liberar mi historial médica y toda la información necesaria para el procesamiento o apelación de mis cuentas médicas.
- ☛ Reconozco que he leído el **ACCESO DE PROPIEDAD**, y entiendo que el médico tiene interés de propiedad en *Oregon Outpatient Surgery Center, LLC* y *Clearview MRI*.

**Mi firma abajo certifica que he leído y estoy de acuerdo con todas las pólizas, autorizaciones y requisitos de pago. Entiendo que las pólizas establecidas se aplican a todos los servicios presentados.**

**Nombre del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**PARA LOS MENORES DE EDAD**

**Firma del Guardián/Representante:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**¡Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted!**