



Pacific Urgent Care Center

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Solicito y autorizo la atención médica de PACIFIC URGENT CARE, así como de cualquier proveedor médico o designado que considere necesario o aconsejable. Esta atención puede incluir, pero no se limita a, diagnósticos rutinarios, radiología, procedimientos de laboratorio y administración de algunos medicamentos.

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

SEGURO PRIVADO, CESIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

Por la presente, cedo, transfiero y asigno a PACIFIC URGENT CARE CENTER todos mis derechos, títulos e intereses en los beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro para cualquier servicio proporcionado por PACIFIC URGENT CARE CENTER. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo que no esté cubierto por mi proveedor de seguros.

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIONES

PACIFIC URGENT CARE CENTER, sus médicos y personal, están autorizados a utilizar sistemas de mensajes por teléfono o correo electrónico para facilitar la comunicación conmigo o con mi representante autorizado, en relación con mi tratamiento, citas, arreglos financieros y en respuesta a cualquier solicitud que haya iniciado.

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

MEDICARE, CESIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS (SI APLICA)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se realice bien a mí o en mi nombre a PACIFIC URGENT CARE CENTER por cualquier servicio proporcionado para mí por el médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a PACIFIC URGENT CARE CENTER y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

PACIFIC URGENT CARE CENTER, sus médicos y personal, están autorizados a COMPARTIR INFORMACIÓN y proporcionar copias de mis registros médicos completos, incluyendo todos los informes escritos y orales, evaluaciones sustantivas de progreso, historia, diagnóstico, pronóstico, curso del tratamiento, informes y asistencia y cumplimiento respecto a toda atención o tratamiento, incluyendo toda la información confidencial relacionada con VIH y SIDA, registros de salud mental, registros de tratamiento de drogas y alcohol, registros de asesoramiento por agresión sexual y abuso sexual a mis compañías de seguros, médicos, instalaciones de tratamiento y mi empleador en el caso de Compensación de Trabajadores, Y A LAS PERSONAS SIGUIENTES SI SE DESEA:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Estamos comprometidos con mantener la confidencialidad de su información de salud y cumplimos plenamente con HIPAA. Al firmar este formulario, usted reconoce su comprensión de nuestro cumplimiento con HIPAA y nuestro compromiso de proteger su privacidad.

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO:: _____ Teléfono:: _____ Ciudad: _____

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LAS ASIGNACIONES Y AUTORIZACIONES ANTERIORES PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE EL PACIENTE NOMBRADO TAL COMO SE DESCRIBE. ESTAS ASIGNACIONES/AUTORIZACIONES PERMANECERÁN VIGENTES HASTA QUE SEAN REVOCADAS POR MÍ POR ESCRITO.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

UNA COPIA DE CUALQUIERA O TODAS LAS FIRMAS ANTERIORES ES TAN VÁLIDA COMO LOS ORIGINALES

CESIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO

PACIFIC URGENT CARE CENTER tiene contratos con ciertos seguros PPO y HMO y Medicare. Si su seguro tiene un copago, el copago siempre debe pagarse en la fecha del servicio. No aceptamos cheques como forma de pago para los copagos. Si estamos contratados con su aseguradora y no podemos verificar sus beneficios de seguro en la fecha del servicio, le cobraremos \$40 como garantía y proporcionaremos un ajuste con nuestra oficina de facturación una vez que se pueda verificar el seguro. Si la facturación no puede verificar el seguro, si se indica que está inactivo en la fecha del servicio, o si no está dentro de las redes con las que estamos contratados, usted será responsable por el costo completo de la visita y los servicios prestados.

Si no estamos contratados con su seguro y aún desea una consulta con el médico, la consulta será un gasto de \$95 a pagar de su propio bolsillo. Con todas las consultas de pago de su propio bolsillo, el pago debe hacerse en el momento del servicio. Cualquier otro servicio proporcionado o solicitado durante la consulta tendrá un costo adicional, pero queda a discreción del paciente.

Todo trabajo de laboratorio, pruebas diagnósticas o imágenes ordenadas por el médico serán facturados como responsabilidad del paciente si es de pago de su propio bolsillo o a su aseguradora por las instalaciones de prestación de servicios que PACIFIC URGENT CARE CENTER utiliza para estos servicios.

Utilizamos el Programa de Monitoreo de Drogas con Receta del Departamento de Justicia de California (CURES) para identificar el historial de dispensación de medicamentos con receta. Nuestros médicos no recetarán medicamentos controlados si se han recetado medicamentos controlados por médicos fuera de PACIFIC URGENT CARE CENTER de manera continua y regular.

Usted será responsable de todos los cargos estándar de la consulta para la evaluación. Si no paga ninguna reclamación de seguro presentada por PACIFIC URGENT CARE CENTER, su cuenta será enviada a una agencia de cobranzas, y se añadirá un 25% adicional al saldo. Habrá una tarifa administrativa de \$30 para todas las autorizaciones retroactivas.

Entiendo que soy responsable de pagar la parte de mi factura no cubierta por compañías de seguros, agencias gubernamentales y terceros pagadores. Autorizo a PACIFIC URGENT CARE CENTER a procesar cargos en mi(s) tarjeta(s) de crédito, tarjeta(s) de débito y/o cuenta(s) bancaria(s) para los cargos de la visita actual, cargos pasados o saldos futuros de esta visita que no sean pagados por terceros como compañías de seguros. En consideración a los servicios prestados, acepto pagar a PACIFIC URGENT CARE CENTER de acuerdo con las tarifas y términos regulares de PACIFIC URGENT CARE CENTER.

Si recibo un estado de cuenta, además acepto pagar la cuenta en su totalidad al recibirlo y bajo las condiciones del estado de cuenta, a menos que se hayan realizado otros arreglos de pago previamente. Autorizo que dichos pagos se apliquen a cualquier saldo impago de PACIFIC URGENT CARE CENTER por el cual soy responsable.

En consideración a los servicios proporcionados por PACIFIC URGENT CARE CENTER, por la presente asigno y transfiero a PACIFIC URGENT CARE CENTER todos los derechos que tengo contra compañías de seguros, agencias gubernamentales o terceros pagadores, para el pago de cargos por servicios proporcionados por PACIFIC URGENT CARE CENTER a mí o a mis dependientes.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

FIRMA

FECHA

UNA COPIA DE CUALQUIERA O TODAS LAS FIRMAS ANTERIORES ES TAN VÁLIDA COMO LOS ORIGINALES.