

Main Line Endoscopy
Formulario de autorización múltiple

ACUERDO FINANCIERO

En el caso de que mi seguro pague la totalidad o parte de los cargos del Centro, del médico o de la anestesia, el Centro o los médicos que me prestan servicios están autorizados a presentar una reclamación de pago a mi compañía de seguros. El Centro, el consultorio del médico o los proveedores de anestesia o patología no están obligados a hacerlo a menos que tengan un contrato con la compañía aseguradora o estén sujetos a una regulación de una agencia estatal o federal para procesar dicha reclamación. Esperaremos el pago de los deducibles, los copagos y el coseguro al momento del servicio. Se espera que mediante los pagos por cuenta propia se pague el saldo acordado en el momento del servicio. Soy consciente de que puedo recibir una factura por separado en caso de que se realice algún estudio patológico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por la presente, cedo los beneficios que se pagarán en mi nombre a Main Line Endoscopy Center, a mi médico de admisión u a otros médicos que me presten servicios. La persona abajo firmante garantiza el pago puntual de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o los saldos adeudados después de los pagos del seguro, de conformidad con la política de pago de dichas facturas del Centro, de mi médico de admisión u otros médicos que presten servicio a los cargos no pagados dentro de un período razonable por el seguro o el tercero pagador. Certifico que la información proporcionada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

REVELACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo al Centro, a mi médico de admisión o a otros médicos que me presten servicios, a revelar la totalidad o parte de mis registros médicos cuando lo exija o lo permita la ley o las reglamentaciones gubernamentales, cuando sea necesario para la presentación de cualquier reclamación de seguro para el pago de servicios o a cualquier médico responsable de la atención continua.

AVISO DE REVELACIÓN DE PROPIEDAD

Antes de mi procedimiento, me informaron que los médicos que realizan procedimientos o prestan servicios en Main Line Endoscopy Center pueden tener una participación en Main Line Endoscopy Center. Se me ha proporcionado una lista de los médicos que tienen un interés financiero o son propietarios del Centro. El médico me ha dado la opción de recibir tratamiento en otro centro, lo cual he rechazado. Deseo que mi procedimiento o servicios se realicen en Main Line Endoscopy Center.

CERTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He revisado mi información demográfica y de seguro en esta fecha y confirmo que toda la información declarada al centro es correcta.

COMUNICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR CORREO ELECTRÓNICO/MENSAJE DE TEXTO/MENSAJE AUTOMATIZADO

Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Main Line Endoscopy Center, a cualquier médico asociado o a otro cuidador, así como a cualquiera de sus entidades, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, coordinadores, servicios de facturación, cobradores de deudas y otras partes contratadas, a usar sistemas de marcación telefónica automatizados, sistemas de mensajes de texto y correo electrónico para enviarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o sintéticos, mensajes de texto y mensajes de correo de voz) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información para o relacionada con bienes o servicios médicos proporcionados, intercambio de información, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica.

Firma del paciente	Fecha de la firma	Nombre en letra de imprenta
--------------------	-------------------	-----------------------------

Firma de la parte responsable	Fecha de la firma	Nombre en letra de imprenta
-------------------------------	-------------------	-----------------------------

Información de contacto:

Número de teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Para revocar su consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico de Main Line Endoscopy Center, puede cancelar la suscripción respondiendo e ingresando "Cancelar suscripción". Si desea revocar otras partes de este Formulario de Consentimiento para Contacto, comuníquese directamente con el centro por escrito o por teléfono.

INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE/VOLUNTADES ANTICIPADAS

He recibido una notificación escrita y verbal sobre mis derechos como paciente antes de mi cirugía o procedimiento. También he recibido información sobre las políticas relacionadas con las VOLUNTADES ANTICIPADAS antes del procedimiento. Se me ha ofrecido, a solicitud, información sobre las directivas anticipadas junto con los documentos estatales oficiales.

El abajo firmante certifica que ha leído y comprende lo anterior y acepta por completo todos los términos especificados anteriormente.

Firma del paciente o parte responsable	Nombre en letra de imprenta
--	-----------------------------

Relación con el paciente	Fecha de la firma
--------------------------	-------------------