



ACUERDO DE SERVICIOS MÉDICOS

(Lea atentamente antes de firmar)

Nombre del paciente: _____

1. CONSETIMIENT MEDICO: Me someterse a todos los tratamientos o procedimientos médicos que pueden realizarse de forma ambulatoria (Incluido el tratamiento de emergencia o servicios), que puede incluir, pero no se limitan a medicamentos, inyecciones, toma de medicos fotografías, los procedimientos de laboratorio, exámenes y / o de rayos X proporcionados a mí bajo las instrucciones generales y especiales de la médicos, personal u otros proveedores de atención médica de avanzada servicios de urgencias, una corporación médica ayudar a mi cuidado.

2. ACUERDO FINANCIERO: entiendo que todos los cargos deben ser pagados al momento del servicio. Estoy de acuerdo en pagar avanzada. Atención médica de urgencia de Pasadena, A Medical Corporation (en adelante referido como "SUC") para todos los cargos por los servicios de salud y servicios profesionales prestados a mí por los médicos y otros profesionales de la salud. Las formas aceptables de pago incluyen dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover y tarjetas de débito. Si yo soy un paciente no asegurado, estoy de acuerdo en pagar por mi visita en su totalidad en el momento del servicio. Si la asociación consiste de un proveedor participante con mi compañía de seguros entiendo que mi co-pago, co-seguro, deducibles y / o cualquier saldos pendientes deben ser pagados al momento del servicio.

Iniciales del paciente o tutor

Yo entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi persona y mi compañía de seguros; SUC no está involucrado. En orden SUC para presentar reclamaciones y aceptar pagos de mi compañía de seguros, entiendo que debo presentar seguro actual información en cada visita y que SUC necesitará una verificación de la cobertura del seguro de salud. En el caso de que SUC no es capaz de una verificación de elegibilidad y beneficios de seguro antes de mi visita, estoy de acuerdo en pagar por mi visita en su totalidad en el momento del servicio. Un reembolso será emitido si mi seguro paga por la visita. También entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto por mi compañía de seguros. Cuando mi cónyuge o un garante financiero firma este acuerdo, el cónyuge o el garante económico se en forma conjunta e individual responsable conmigo. Si tuviera una cuenta (s) se refirió a un abogado o una agencia de colección para la colección, el suscrito deberá pagar los honorarios del abogado real (incluyendo los costos) y los gastos incurridos colecciones, además de la otra las cantidades adeudadas. cuentas pendientes de pago a que se refiere organismos externos para la recogida devengarán intereses a la tasa actual por año a partir de la fecha de su presentación.

3. AUTORIZACIÓN DE SEGUROS Y LIBERACIÓN: Solicito que el pago de beneficios autorizados, incluyendo Medicare, y cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, el seguro privado, y cualesquiera otros planes de salud pueden hacer a SUC por cualquier servicio proporcionada por dicho proveedor. En la medida necesaria para coordinar mi atención médica o determinar la responsabilidad del pago y para obtener el reembolso por los servicios prestados, autorizo a revelar SUC partes o la totalidad de mis discos, incluyendo a mi medico registros a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos de SUC, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, planes de servicios de atención de salud, agencias gubernamentales, o portadores de compensación del trabajador. Autorizo a SUC actuar como mi agente que me ayude a obtener cualquier pre-certificación requerida, además de actuar como mi agente que me ayude a obtener el pago de mis compañías de seguros. Autorizo a mis compañías de seguros para dar SUC toda la información necesaria para cumplir esta función. Esta permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito. Una fotocopia de esta asignación y liberación debe ser considerada tan válida como el original.

4. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por la presente autorizo SUC para liberar cualquier información en mi carta a cualquier médico, médico, hospital o institución médica a la que pueden ser referidos para ayudar a mi cuidado. Además, autorizo a cualquier solicitud de información médica de cualquier médico, médico, hospital o institución médica para ayudar a mi cuidado.

5. PERSONAL DE VALOR: SUC no será responsable por la pérdida o daño de ningún dinero, documentos, joyas, gafas, dentaduras, pieles, u otros artículos de valor inusual y no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal. Surfside Urgent Care, una corporación médico y el paciente o el representante del paciente, entra en el presente este acuerdo. El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y estoy de acuerdo con lo anterior, recibió una copia de la misma, y es el paciente, el representante del paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

_____	_____	_____	_____	
Firma del paciente	Firma	FECHA	Firma del Representante del Paciente	FECHA
_____	_____	_____	_____	
Representante de la práctica médica	FECHA	Nombre y la relación del Representante a paciente	FECHA	