

Información del paciente – Consentimiento financiero
[Patient Information – Financial Consent – SPANISH]

Nombre completo del paciente *[Patient Name]*: _____

Fecha de nacimiento *[DOB]*: _____

Al brindar mi número de celular, de línea fija o cualquier otro número, consiento expresamente recibir comunicaciones de parte de Mercy Clinics, su personal, sus contratistas, representantes de cobranzas y otros en cualquier número que yo provea o que se me obtengan en adelante. Estos grupos pueden usar esta información para comunicarse conmigo por persona en vivo, mensajes grabados o de texto, usando un auto marcador u otra tecnología informática, mensaje(s) pre-grabado(s), o por cualquier otra manera de comunicación electrónica para cualquier propósito, incluyendo en forma enunciativa y no limitativa, recordatorios de citas y citas de seguimiento para la atención médica, para hacer citas, la(s) cuenta(s) mía(s), asignación de beneficios, y/o responsabilidad financiera. Entiendo que, según el plan telefónico, se me pueda cobrar para estas llamadas o mensajes de texto. Acuerdo proveer nuevo(s) número(s) si se me cambia algún número actual. El proveer de estos números no es condición para recibir los servicios de atención médica.

Asignación de beneficios/Divulgación de información

Por la presente solicito que el pago de los beneficios autorizados, incluso los beneficios de Medicare y de Medigap si sea yo beneficiario de Medicare, se efectúe directamente a Mercy Clinics por los servicios prestados durante mi período de cobertura elegible. Por la presente autorizo al médico/prestador y/o proveedor divulgar cualquier información requerida para determinar los beneficios y procesar estos siniestros. Comprendo que es mi responsabilidad notificar a la organización de cualquier cambio en mi cobertura de seguro médico. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito a la oficina.

Al firmar este formulario, comprendo que soy responsable y acuerdo pagar todos y cada uno de los tratamientos y servicios de atención sanitaria brindados.

Firma del paciente *[Signature of Patient]*

Fecha *[Date]*

Firma del Tutor legal o apoderado notarial financiero *[Signature of Legal Guardian or Financial Power of Attorney]*
(si paciente sea menor de 18 años o incapaz de firmar *[if patient is under 18 years of age or unable to sign]*)

En letra de molde, Nombre del Tutor legal o apoderado notarial financiero
[Printed name of Legal Guardian or Financial Power of Attorney]