

**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]*