

## TERMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO

El paciente nombrado en este formulario está llegando con el Dr. Miguel A. Arenas, MD PC para el asignado tratamiento ambulatorio con los siguientes términos y condiciones.

- 1. Consentimiento de tratamiento.** Deseo recibir atención médica y tratamiento en la oficina de MIGUEL A ARENAS, MD PC. Por consiguiente, doy mi consentimiento para el tratamiento, que se puede realizar durante esta visita en la oficina de MIGUEL A ARENAS, MD PC, incluyendo el tratamiento de emergencia. Yo autorizo y consiento a cualquiera de las siguientes: Procedimiento de laboratorio, otro procedimiento de diagnóstico, tratamiento médico, u otros servicios clínicos y hospitalarios como lo indique mi médico o asistente de mi médico, que mi médico cree que son aconsejables para evaluar o tratarme, y para otros servicios prestados según las instrucciones generales y especiales de mi médico(s). Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que esta MIGUEL A ARENAS, MD PC no ha hecho ninguna garantía para mí como para los resultados de los tratamientos o exámenes. También estoy consciente que debo preguntarle a mi médico cualquier pregunta que pueda tener acerca de mi diagnóstico, tratamiento, riesgos o complicaciones, las formas alternativas del tratamiento y/o resultados esperados del tratamiento.
- 2. Revelación de información de los propósitos del pago.** Entiendo que mi información médica será enviada a mi compañía de seguros con fines de facturación de cualquier tratamiento que pueda recibir.
- 3. Información a otros Proveedores.** Entiendo que en el curso de mi tratamiento y/o hacer arreglos para mi cuidado, mi información puede ser compartida con otros proveedores. Si prefiero que este MIGUEL A ARENAS, MD PC no use o comparta mi información, yo puedo presentar una solicitud por escrito para su consideración al MIGUEL A ARENAS, MD PC a la notificación de prácticas de privacidad. Yo autorizo que mis reportes de evaluación, tratamientos y cualquier seguimiento de las evaluaciones sean enviadas o discutidas con mi médico de referencia, el médico que solicita la consulta, mi médico de familia, así como todos los médicos profesionales, hospitales o centros ambulatorios y que he o se identificaran a usted. Yo permito que una copia/ fax de esta formulario para servir como una firma de autorización.
- 4. Póliza contra la discriminación.** MIGUEL A ARENAS, MD PC recibirá y tratará a los pacientes dentro de sus posibilidades independientemente de su raza, color, origen nacional, creencias religiosas, sexo, orientación sexual, estado civil, condición de veterano, edad, creencias políticas o discapacidad.
- 5. Acuerdo financiero.** Yo entiendo que recibiré una factura de MIGUEL A ARENAS, MD PC. Yo entiendo y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por los servicios prestados y que estoy obligado a pagar por los servicios de acuerdo con las tarifas y términos de MIGUEL A ARENAS, MD PC. Entiendo que yo también puedo recibir una forma separada de la factura del laboratorio por servicios prestados. MIGUEL A ARENAS, MD PC reserva el derecho de cobrar un cargo por pagos atrasados y/o un cargo por un cheque devuelto. Si decido pagar todos los cargos por mí mismo, yo voy a notificar a MIGUEL A ARENAS, MD PC antes de recibir el servicio. Si en caso que la cuenta sea referido a un abogado o agencia de cobranza para colecciones, me comprometo a pagar cualquier cuota razonable de abogados, gastos de cobranza e intereses al tipo legal en todas las cuentas en mora, si la cuenta esta referido a una agencia de colección. **POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: Se le cobrará una cuota de \$50 para cualquier cita que no sea cancelada dentro de las 24 horas a menos que existan circunstancias imprevistas. Se le cobrará \$100 para cualquier procedimiento que no sea cancelada dentro de las 48 horas a menos que existan circunstancias imprevistas.**
- 6. Cobertura de Medicare (si es aplicable)** Yo certifico que la información que he dado en la solicitud de pago de Medicare es correcta. Yo autorizo a la administración de la seguridad social para revelar información sobre mis fechas efectivas de Medicare y el número de reclamo de Medicare a MIGUEL A ARENAS, MD PC. Yo autorizo



# MESQUITE

Gastroenterology and Surgery Center

a cualquier poseedor de información médica o relacionada sobre mí para revelar la información necesaria para procesar esto o relacionada con los reclamamos de medicare a la administración del seguro social o sus intermediarios. Solicito que el pago de los beneficios se haga en mi nombre a MIGUEL A ARENAS, MD PC por los servicios prestados a mí por MIGUEL A ARENAS, MD PC.

- 7. **Asignación de beneficios.** Por este medio autorizo la asignación de mis beneficios de seguro medico que soy debido a MIGUEL A ARENAS, MD PC para la aplicación a la factura de servicios y suministros médicos que recibí. Yo además autorizo MIGUEL A ARENAS para recibir el pago directo de mi compañía de seguros o un pagador tercero. Estoy de acuerdo en seguir siendo responsable por el pago de todas las cantidades debido MIGUEL A ARENAS, MD PC y no recibido de mi compañía de seguros. Yo entiendo MIGUEL A ARENAS, MD PC está enviando las reclamaciones en mi nombre como cortesía. **YO NO REVOCARE LA ASIGNACION POR CALQUIER RAZON.**
- 8. **Los derechos y responsabilidades del paciente.** Mi firma confirma que he recibido la información de MIGUEL A ARENAS, MD PC's la declaración de derechos del paciente y responsabilidades como un paciente.
- 9. **Propiedad de Revelación.** MIGUEL A ARENAS, MD PC es uno de los dueños de Mesquite Surgery Center, LLC. Mi firma a continuación confirma que estoy consciente de su interés financiero en Mesquite Surgery Center, LLC. Yo tengo derecho de elegir donde recibir los servicios, incluyendo un centro donde mi medico lo hace ni no tiene un interés de propiedad. He decidido ser tratado en este centro.
- 10. **Historia de Medicamentos.** Mi firma autoriza MIGUEL A ARENAS, MD PC y el personal de la oficina para tener acceso de mi historial de medicamentos recetados a través de SureScripts para mantener un registro exacto de mis recetas electrónicas.

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE ESTE CENTRO MEDICO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de este establecimiento **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.**

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS.** Se me ha informado y he reconocido que, en caso de un componente de urgencia vital, y al no resucitar mis directivas anticipadas serán suspendidas debo elegir para tener cuidado en Mesquite Surgery Center, LLC.

**He leído este consentimiento y yo soy el paciente o el paciente representante debidamente autorizado. En mi propio nombre ( o en el nombre del paciente), Yo acepto y acuerdo estar obligado de todos estos TERMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO.**

Nombre del Paciente o de Otra Persona Legalmente Responsable, si aplica: \_\_\_\_\_

Relación de la persona autorizada a dar su consentimiento para el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Fecha