

St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia

NOMBER DE PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

El Consentimiento del Paciente Para Las Comunicaciones Financieras

1. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Acuerdo Financiero.

- Reconozco, que como muestra de cortesía, **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados a mi.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o los gastos no pagados en su totalidad, incluyendo cubiertos, pero no limitado a, cualquier co-pago, co-seguro y/o deducible, o los gastos no cubiertos por el seguro.
- Yo entiendo que hay una tarifa por los cheques devueltos.

2. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Compañía de Tercero Colección. Reconozco que **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** puede utilizar los servicios de un tercer socio de negocios partido o entidad afiliada como una oficina ("EBO Servicer") de negocios extendido por cuenta de facturación médica y prestación de servicios.

3. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Asignación de Beneficios. Por la presente cedo a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** cualquier seguro o otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de salud prestados a mi. Entiendo que **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no son asignados a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia**, estoy de acuerdo a reenviar todos los pagos de seguro de salud o compañía de terceros servicios que recibo por los servicios prestados a mi inmediatamente después de recibir.

4. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Certificación Para el Paciente de Medicare y Asignación de Beneficios. Certifico que toda la información que provide, en su caso, al solicitador el pago bajo el Título XVIII ("Medicare") o Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito el pago de los beneficios autorizados a realizar en mi nombre a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** por el programa de Medicare o Medicaid.

5. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Consentimiento a las Llamadas Telefónicas para las Comunicaciones Financieras. Estoy de acuerdo en que, **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia**, o extendida Administradores de oficinas y agentes de recaudación para dar servicio a mi cuenta o para recoger cualquier cantidad puedo deber, estoy de acuerdo expresamente y consentimiento que **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** Agentes de la Colección EBO Administrador pueden ponerse en contacto conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitación de la tecnología inalámbrica, que he proporcionado a **St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia** o EBO Administrador y agentes de recaudación han obtenido o, en cualquier número de teléfono desviado o transferido de ese número, en relación con los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados de voz/artificial y/o el uso de un dispositivo de marcación automático, según sea el caso.

6. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Una fotocopia de este consentimiento deberá de ser tan válida como el original.

Paciente/Firma del Representante del Paciente:

X _____ Fecha _____

Si usted no es el paciente, por favor identificar su relación con el paciente.

St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia

NOMBER DE PACIENTE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

(Circulo o relacion de marca (s) de la siguiente lista):

Esposa (o)

Padre(s)

Guardian

Garante

Salud de Poder Legal

Otros (especificar)
