☐ Hoag Medical Group ☐ Hoag Urgent Care ☐ Hoag Physician Partners ☐ Hoag Specialty Clinic ☐ Hoag at Home

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

(CONDITIONS OF TREATMENT – SPANISH)

Nombre:_____

APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para el tratamiento

Por el presente, doy mi consentimiento para recibir todos los procedimientos de atención médica y el tratamiento proporcionados por la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales, sus médicos, profesionales clínicos y otros miembros del personal. Estos procedimientos y tratamiento pueden incluir servicios terapéuticos, de diagnóstico, de imágenes y de laboratorio.

Responsabilidad financiera

Por el presente, asigno y autorizo el pago directo a la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales de cualquier beneficio de seguro que me paguen a mí o que se pague en mi nombre por los servicios prestados. Se acuerda que el pago que la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales reciba de una compañía aseguradora de conformidad con esta autorización liberará a la compañía aseguradora de todas y cada una de las obligaciones derivadas de una póliza en la medida de dicho pago. Entiendo que tengo la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen de acuerdo con esta asignación. Por el presente, certifico que la información del seguro proporcionada a la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales es precisa y que soy un miembro elegible. Entiendo que soy responsable de conocer mis beneficios y cobertura, y reconozco que es posible que mi compañía aseguradora NO cubra las pruebas indicadas por mi médico.

Entiendo que me cobrarán un cargo financiero mensual del 1 % en todas las cuentas no pagadas después de 90 días. Por el presente, autorizo la revelación de toda la información a otros médicos y compañías aseguradoras para el pago de los servicios médicos y el tratamiento de otros médicos. Además, acepto que una fotocopia de este formulario tendrá la misma validez que el original.

El pago debe hacerse en el momento en que se prestan los servicios. Todos los cargos son mi responsabilidad directa. La entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales no puede prestar servicios médicos con la presunción de que mi compañía aseguradora pagará los cargos. Si la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales tiene dificultades para cobrarme, también incluirá los honorarios de los abogados, los costos de la agencia de cobro y cualquier cargo relacionado en mi factura.

Portal para pacientes

La entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales utiliza un Portal para pacientes que me permite acceder a mi información médica de manera electrónica. Al firmar este formulario, por el presente solicito y acepto que mi información médica y los resultados de las pruebas de laboratorio se incluyan en el Portal para pacientes, para que pueda acceder a ellos electrónicamente como parte de mi historia clínica. Entiendo que, a menos que se cumplan determinadas condiciones, los resultados de las pruebas de laboratorio disponibles en el Portal para pacientes no incluirán los resultados de las pruebas de VIH, hepatitis, consumo de drogas o tejidos procesados de manera habitual.

Al firmar abajo, reconozco que leí con atención, entiendo y acepto los términos de este documento de Condiciones de Tratamiento de la entidad Hoag seleccionada anteriormente y sus filiales.

Firma del Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si la persona que firma no es el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de imprenta (Representante Legal): _____