

ACUERDO FINANCIERO & CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con:

By signing below, I agree:

1. Que las Entidades UW: Centro Médico Harborview y Clínicas (HMC), Hospital Noroeste & Centro Médico y Clínicas (NWH), Universidad del Centro Médico Washington y Clínicas (UWMC), Centro Médico Valley y Clínicas (VMC), Clínicas de Medicina del Vecindario (UWNC), Clínica de Medicina de Deportes UW (Med. de Deportes UW), Centro de Cuidado Primario de Salud Hall (HHPCC) y la Universidad de Médicos Washington (UWP) (colectivamente conocidas como "Medicina UW"), Escuela de Odontología (SOD), Grupo Médico Infantil de la Universidad (CUMG) y la Alianza para el Cuidado del Cáncer en Seattle (SCCA) puedan compartir información financiera que yo provea para facilitar el pago.
2. Después de que los beneficios del seguro sean pagados, pagar a Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG y/o SCCA por saldos pendientes, a menos que sea prohibido por ley o contrato.
3. Notificar a Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG y/o SCCA sobre los cambios de mi cobertura del seguro y/o dirección.
4. Que Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG y/o SCCA puede imponer intereses razonables, cargos por mora, costos y/o honorarios razonables por un abogado si mi cuenta se convierte delincuente.
5. Notificar a Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG, y/o SCCA si no puedo pagar mi saldo en el plazo previsto de 30 días del recibo.
6. Aplicar a otros programas financieros a los cuales podría calificar si es solicitado por Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG y/o SCCA en caso que no podría pagar mi cuenta.
7. Que cualquier demanda por cobro de mi cuenta puede ser traída al Condado King, Washington.
8. Para recibir información relacionada al tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, incluyendo el recibir mensajes automatizados y pregrabados y/o mensajes de texto, a cualquier número que haya dado o, si no está actual, a cualquier número con el cual me pueden asociar.
9. Que Medicina UW y **VMC** pueden, a discreción, divulgar a las partes apropiadas mis registros médicos o información de mis registros para tratamiento, pago y propósitos de operaciones de cuidado de salud, ej. su compañía de seguro con el propósito de pago.

Entiendo que:

I understand that:

- Cada entidad de Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG, y/o SCCA cobrará por separado por sus servicios.
- Los pacientes que reciben servicios ambulatorios en UWMC o HMC y algunos sitios **VMC** generalmente reciben dos facturas: una factura del médico u otro proveedor (por los costos de los servicios profesionales) y una factura del hospital (por los costos de la instalación, ej. edificio, equipo, suministros, tiempo del personal). Cada una de estas facturas pueden incurrir en la responsabilidad de copago o coseguro, dependiendo de mi cobertura del seguro. La cantidad exacta del coseguro o copago dependerá en los servicios provistos y la cobertura de provisiones de cualquier seguro que tenga. A veces los pacientes pagarán más por ciertos servicios ambulatorios y procedimientos en las localidades de hospitales con base ambulatoria. La cantidad dependerá de mi seguro. Podré revisar los beneficios de mi seguro o contactar a mi asegurador para saber que pagará mi póliza y cuáles serán los gastos de bolsillo que tenga que pagar. A mi solicitud, el personal de la clínica u hospital me proveerán un estimado de los gastos facturados por los servicios ambulatorios que reciba.
- Medicina UW y **VMC** solicitan, y si yo lo proveo, utilizarán mi Número de Seguro Social para facilitar el acceso a cualquier beneficio potencial de cuidado de salud federal o estatal, para verificar mi identidad, o para facilitar la planificación para salir del hospital. Es voluntario dar mi Número de Seguro Social excepto si aplico para los beneficios estatales o federales para el cuidado de salud.
- La información de mi Reporte de Crédito al Consumidor se puede acceder por las siguientes razones: para hacer una determinación de asistencia financiera disponible, asistencia en administrar el proceso de pago, o si reporto que mi identidad ha sido robada.
- Podrá recibir facturas adicionales de médicos quienes le dieron cuidado como resultado de su visita en nuestra clínica, del departamento ambulatorio o del hospital. Algunos de esos proveedores pueden ser contratados con VMC mientras otros son

201192

Patient Label

**ACUERDO FINANCIERO & CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN
FINANCIAL AGREEMENT & CONSENT FOR DISCLOSURE**

proveedores independientes de cuidado de salud en prácticas privadas. Por ejemplo, podría recibir facturas separadas de: Patólogos, Radiólogos, Cardiólogos o Proveedores del Laboratorio (PACLAB).

- El pago de copagos será requerido al entrar. Por favor sepa la cantidad de su copago y venga preparado para pagarlo. Los pacientes que no estén preparados para pagar el día del servicio se les pedirá que marquen otra cita para otra hora a menos que exista una emergencia médica o se les cobrará una tarifa de \$30 por facturación.
- Aceptamos pago con cheque, Visa, y MasterCard, o en nuestra página en el internet www.valleymed.org. Por razones de seguridad, ya no aceptamos pago en efectivo en nuestras localidades de las clínicas. Le entregaremos un recibo por todos los pagos. Por favor guarde este recibo para constancia.
- Si no tiene cobertura de seguro o elije no utilizar su seguro para la visita, se espera que haga un depósito al momento del servicio. Un 40% de descuento será aplicado a su visita cuando este pago de buena fe sea realizado al momento del servicio. Recuerde que los servicios prestados por entidades foráneas no serán incluidas (mirar los servicios auxiliares arriba).

Las cantidades de depósito son: Clínicas Primarias y Cuidado Urgente: \$125.00
Clínicas de Cuidado de Especialidad: \$140.00

- En caso de que esté firmando como agente para el paciente, personalmente asumo la obligación por la cantidad de responsabilidad del paciente.

Declaración para Permitir el Pago de Medicare o Beneficios del Seguro al Proveedor

Statement to Permit Payment of Medicare or Insurance Benefits to Provider

Solicito el pago de los beneficios autorizados por Medicare o seguros para cualquier servicio dado a mí por Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG, y/o SCCA. Autorizo a cualquier titular de información ya sea médica u otra sobre mi persona que divulgue a Medicare (y a sus agentes) u otros proveedores de seguro cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para los servicios relacionados.

| Firma (Paciente o Persona Autorizada para Dar Autorización) Signature (Patient or Person Authorized to give Authorization) | Fecha Date | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|--|--|---|---|
| <p>Si está firmado por Otra Persona que el Paciente, chequee la Relación con el Paciente:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Tutor Guardian</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Un Poder Legal Duradero para el Cuidado de Salud Durable Power of Attorney for Health Care</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Esposa/compañero/a doméstica registrada Spouse/registered domestic partner</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Adulto Niño(s) Adult Child(ren)</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Padre/Madre(s) Parent(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Hermano/Hermana(s) Adultos Adult Brother(s)/Sister(s)</td> </tr> </table> <p>PARA PACIENTES MENORES: FOR MINOR PATIENTS</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Tutor o Custodia Legal Guardian/legal custodian</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Persona autorizada por la corte para el niño Court-authorized person for child</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Padre/madre(s) Parent(s)</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 1. Tutor Guardian | <input type="checkbox"/> 2. Un Poder Legal Duradero para el Cuidado de Salud Durable Power of Attorney for Health Care | <input type="checkbox"/> 3. Esposa/compañero/a doméstica registrada Spouse/registered domestic partner | <input type="checkbox"/> 4. Adulto Niño(s) Adult Child(ren) | <input type="checkbox"/> 5. Padre/Madre(s) Parent(s) | <input type="checkbox"/> 6. Hermano/Hermana(s) Adultos Adult Brother(s)/Sister(s) | <input type="checkbox"/> 1. Tutor o Custodia Legal Guardian/legal custodian | <input type="checkbox"/> 2. Persona autorizada por la corte para el niño Court-authorized person for child | <input type="checkbox"/> 3. Padre/madre(s) Parent(s) |
| <input type="checkbox"/> 1. Tutor Guardian | <input type="checkbox"/> 2. Un Poder Legal Duradero para el Cuidado de Salud Durable Power of Attorney for Health Care | <input type="checkbox"/> 3. Esposa/compañero/a doméstica registrada Spouse/registered domestic partner | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Adulto Niño(s) Adult Child(ren) | <input type="checkbox"/> 5. Padre/Madre(s) Parent(s) | <input type="checkbox"/> 6. Hermano/Hermana(s) Adultos Adult Brother(s)/Sister(s) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Tutor o Custodia Legal Guardian/legal custodian | <input type="checkbox"/> 2. Persona autorizada por la corte para el niño Court-authorized person for child | <input type="checkbox"/> 3. Padre/madre(s) Parent(s) | | | | | | | | |
| <p>FOR STAFF USE ONLY: I have offered information about our Financial Assistance Policy to the patient/and or guardian</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | | | | | | | | | | |

201192

Patient Label