

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

By signing below, I agree:

Al firmar a continuación, acepto:

1. Que Harborview Medical Center and Clinics (HMC), University of Washington Medical Center and Clinics (UWMC), Valley Medical Center and Clinics (**VMC**), UW Medicine Neighborhood Clinics (UWNC), UW Medicine Sports Medicine Clinic (UW Sports Med), Hall Health Primary Care Center (HHPCC) y University of Washington Physicians (UWP) (colectivamente conocidos como "UW Medicine"), University of Washington School of Dentistry (SOD), Children's University Medical Group (CUMG) y Fred Hutchinson Cancer Center (FHCC) pueden compartir cualquier información financiera que yo proporcione para facilitar el pago.
2. Pagar a UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG o FHCC los saldos restantes a los beneficios de cobertura del seguro, a menos que lo prohíba la ley o el contrato.
3. Notificar a UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG o FHCC los cambios en la cobertura de mi seguro o en mi dirección.
4. Que UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG o FHCC pueden imponer intereses adecuados, cargos por mora, costos u honorarios razonables de abogados en caso de que mi cuenta sea morosa.
5. Notificar a UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG o FHCC si no puedo pagar el saldo en un plazo de 30 días después de ser recibido.
6. Solicitar otros programas financieros a los que pueda calificar según lo solicite UW Medicine, **VMC**, SOD, CUMG o FHCC, en caso de que no pueda pagar mi cuenta.
7. Que cualquier demanda por el cobro de mi cuenta puede ser presentada en el condado King, Washington.
8. Recibir información relacionada con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, esto incluye la recepción de llamadas de mensajes automáticos y pregrabados o mensajes de texto a cualquier número telefónico que yo haya proporcionado o asociado con mi expediente.
9. Que UW Medicine puede, a su discreción, divulgar las partes pertinentes de mis registros médicos o la información de mis registros para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

I understand that:

Entiendo que:

- Cada entidad de Medicina UW, **VMC**, SOD, CUMG, y/o FHCC factura por separado por sus servicios.
- Los pacientes que reciben atención ambulatoria en Harborview Medical Center, en UW Medical Center y en Valley Medical Center recibirán una factura combinada por las instalaciones (cubre los equipos, los suministros, el tiempo del personal no clínico y los costos del edificio) y los cargos profesionales (cubre los cargos del proveedor). Cada una de estas facturas puede incurrir en la responsabilidad de copago o coaseguro, dependiendo de la cobertura de mi seguro. El monto exacto del coaseguro o copago dependerá de los servicios reales prestados y de las condiciones de cobertura de cualquier seguro que tenga. A veces, los pacientes pagarán más por ciertos servicios y procedimientos ambulatorios en los centros hospitalarios ambulatorios. El monto dependerá de mi seguro. Puedo revisar los beneficios de mi seguro o comunicarme con mi aseguradora para saber qué pagará mi póliza y cuáles serán los gastos de bolsillo que tendré que pagar. A solicitud mía, el personal de la clínica me proporcionará un presupuesto de los cargos facturados por los servicios ambulatorios que probablemente reciba.
- Medicina UW y **VMC** solicitan, y si yo lo proporciono, 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.



Patient Label

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

- Como parte de nuestras prácticas de cobro, reservamos el derecho de presentar un embargo para obtener pago por saldos pendientes a VMC.
- 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 proveedores independientes de cuidado de salud en prácticas privadas. Por ejemplo, Valley Anesthesia Associates, Associated Emergency Providers, Incyte Diagnostics (Pathology), Vantage Radiology and Diagnostics, LabCorp (Laboratory) Providers.
- VMC debe cobrar de acuerdo con el tipo de visita y cuidado suministrado durante su cita. Las visitas al consultorio que combinen tanto cuidado preventivo como cuidado enfocado en el problema serán cobradas por separado y pueden tener costos directos como copagos o deducibles.
- 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 <https://www.valleymed.org/patients--visitors/billing-and-insurance/how-to-pay-your-bill>. 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 con la excepción de procedimientos cosméticos o experimentales. Recuerde que los servicios prestados por entidades foráneas no serán incluidos (mirar los servicios auxiliares arriba).

Las cantidades de depósito son: Cuidado Primarias, Cuidado Urgente y Clínicas de Cuidado de Especialidad: \$150.00

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

Statement to Permit Payment of Medicare or Insurance Benefits to Provider

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

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 FHCC. 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.

Signature (Patient or Persona Authorized to give Authorization) / Firma (Paciente o Persona Autorizada para Dar Autorización)	Date / Fecha
Si está firmado por Otra Persona que el Paciente, chequee la Relación con el Paciente:	
<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)	
PARA PACIENTES MENORES:	
FOR MINOR PATIENTS	
<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)	



Patient Label