

PACIFIC SURGERY CENTER, LLC

Autorización para Tratamiento Médico: Por medio de la presente declaro que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para diagnóstico, tratamiento, sesiones de terapia y/o ingreso a Pacific Surgery Center (establecimiento[s]) así como se considere necesario o conveniente por el médico(s) que me esté tratando, sus asistentes y/o designados. Esta Autorización incluye, pero no se limita a procedimientos rutinarios de diagnóstico, cuidado de paciente interno o ambulatorio, pruebas de laboratorio, rayos-x y transfusiones de sangre o productos sanguíneos. También autorizo que se liberen copias de mi expediente médico a médicos y establecimientos de salud según lo considere necesario cualquier médico que me esté tratando. Yo entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de los exámenes y tratamientos recibidos en este(os) establecimiento(s). Reconozco que mi cuidado está bajo la dirección del (de los) médico(s) que me trata(n) y que el (los) Establecimiento(s) seguirá(n) las instrucciones de mi(s) médico(s) en cuanto a la prestación de dicho cuidado.

Derechos del Paciente: Yo, el (la) abajo firmante, he recibido un documento por separado en el cual se me informa sobre mis derechos y responsabilidades como paciente.

Objetos Personales de Valor: Yo comprendo que el(los) establecimiento(s) mantiene(n) una caja fuerte para la custodia de dinero u objetos de valor. Entiendo que, a excepción de tal dinero y valores que deposite para custodia con el(los) establecimiento(s), el(los) establecimiento(s) no será(n) responsable(s) de la pérdida o daño de mi propiedad personal. Acepto responsabilidad por toda propiedad en mi posesión.

Asignación de Beneficios del Establecimiento: Por medio de la presente, asigno todos los beneficios de seguro y/o Medicare/Medicaid al(los) establecimiento(s) y autorizo el pago directo al(los) establecimiento(s). Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, los beneficios y recaudaciones de seguro médico mayor y seguro de discapacidad. Esta asignación también incluye recaudaciones y beneficios acumulados bajo cualquier convenio, estructurado o no, u otorgados bajo juicio por daños personales causados por un tercero. Acepto pagar cualquier y todos los cargos/costos no pagados según esta asignación. Una fotocopia de esta asignación será tan válida como la original.

Asignación de Beneficios Profesionales: Por medio de la presente asigno todos los beneficios de seguro y/o de Medicare/Medicaid a todos los médicos profesionales que me proporcionan servicios y autorizo el pago directo al(los) médico(s). Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, los beneficios y recaudaciones de seguro médico mayor y seguro de discapacidad. Esta asignación también incluye recaudaciones y beneficios acumulados bajo cualquier convenio, estructurado o no, o adjudicados en una sentencia por daños personales causados por un tercero. Acepto pagar cualquier y todos los cargos no pagados según esta asignación. Una fotocopia de esta asignación será tan válida como la original.

Representante Autorizado: Por medio de la presente autorizo al(los) establecimiento(os), sus agentes y representantes actuar en mi nombre para recuperar reclamos de beneficios, apelar determinaciones adversas de beneficios y tomar cualquier medida que se considere necesaria para obtener pago por servicios proporcionados por el(los) establecimiento(os).

Declaración de Responsabilidad: Entiendo que como paciente, padre/madre, tutor, conservador o asegurado tengo la responsabilidad financiera frente al(los) establecimiento(s) de todo cargo no cubierto por las asignaciones mencionadas anteriormente. Los cargos pueden incluir deducibles de seguro médico, co-seguro o gastos de desembolso personal, o el cargo adicional de una habitación privada en donde me han ubicado debido a una petición personal. Autorizo al(los) establecimiento(s) o médico(s) a tener acceso y revisar mi reporte de crédito con propósitos relacionados a la facturación o colección de cuentas por pagar al(a los) establecimiento(s) o médico(s).

Autorización para Divulgar Información a la Compañía de Seguro o Pagador Tercero: Por medio de la presente autorizo al (a los) establecimiento(s), cualquier proveedor de salud autorizado, incluyendo la Administración de Veteranos u hospital gubernamental, cualquier compañía de seguro o cualquier otra persona, institución u organización, liberar mi expediente médico a cualquier persona, corporación, proveedor de compensación al trabajador, agencia gubernamental (o representante de ella) que sea, o pueda ser, responsable bajo algún contrato o programa gubernamental con este establecimiento(os), el paciente, o un miembro de familia de todo o parte del cargo del establecimiento(os). Este(os) establecimiento(s) intentará(n) proteger la confidencialidad de mis expedientes médicos. Sin embargo, este(os) establecimiento(s) no será(n) responsables a razón de la liberación de dichos expedientes médicos o cualquier parte de los mismos al responder de buena fe a una liberación aparentemente válida.

Servicios No-Cubiertos de Medicare/Medicaid: Los programas de Medicare y Medicaid tienen ciertos ingresos hospitalarios de pacientes internados, ambulatorios y de observación que se excluyen de cobertura, incluyendo, pero no limitado a: cirugía plástica, cirugía dental sin motivo médico, pruebas de diagnóstico y físicos rutinarios, y medicamentos orales. Reconozco que soy económicamente responsable de todos los cargos incurridos si mi expediente médico indica que mi ingreso es por alguno de los tratamientos mencionados anteriormente.

Pacientes Internados Medicare/TRICARE: Yo el firmante he recibido y comprendo una notificación en carta titulada Mensaje Importante de Medicare/TRICARE, y he sido notificado de mis derechos.

Por favor escriba sus iniciales: _____ **Acuso recibo de las Prácticas de Privacidad de Pacific Surgery Center.**

Solamente Para Pacientes Hospitalizados:

Por favor escriba sus iniciales: _____ **Reconozco que se me proporcionó información acerca de mis derechos y responsabilidades de paciente.**

El (la) abajo firmante certifica que él o ella ha leído la información anterior, es el (la) paciente, el (la) tutor(a) del (de la) paciente, apoderado(a), padre, madre o está debidamente autorizado(a) por el padre o la madre, o en su nombre, para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente / padre(madre) si el paciente es un menor / Poder Notarial/Tutor	Relación	Fecha
Firma de la persona responsable (si no es la misma que el paciente o el padre[madre])	Firma del Asegurado	
Witness to Signatures	Patient Unable to Sign Consent Because	