



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y ACUERDOS

Parte # _____

Consentimiento para el tratamiento

Solicito que Complete Health me brinde atención médica a mí y/o a mi familia. Reconozco mi responsabilidad de pagar por esa atención. Entiendo que si tengo seguro o Medicaid, es posible que aún tenga que pagar parte de mi atención. Reconozco que puedo obtener una estimación de los cargos de nuestro Departamento de Facturación antes de que se administren los servicios, pero acepto pagar todos los servicios una vez que se hayan prestado. Autorizo el pago de beneficios a Complete Health por los servicios prestados.

Pago del paciente Responsibility

Entiendo que se espera el pago total cuando se prestan los servicios, en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Proporcionaré mi tarjeta actual de Medicaid/Medicare/seguro privado en cada visita. Todos los copagos y deducibles se deben pagar en el momento del servicio. Entiendo que si Complete Health no recibe el pago de mi proveedor de seguros dentro de los 120 días, puedo ser responsable de los cargos. **Entiendo que Complete Health ofrece un Programa de Descuento de Tarifa Variable y que soy responsable de proporcionar la solicitud de comprobante de ingresos para calificar dentro de los 10 días hábiles posteriores a la visita de hoy para calificar.** Informaré a Complete Health de cualquier cambio en mis ingresos, familia o estado de seguro. Actualizaré esta documentación financiera anualmente. Reconozco que el suministro de información falsa dará lugar a un nuevo cálculo inmediato y que todas las tarifas que se produzcan durante el período fraudulento vencerán y serán pagaderas de inmediato. Reconozco que si rechazo la diapositiva y / o recibo el pago completo, la recepción cobrará un pago mínimo por la visita de hoy, y seré responsable de cualquier cargo adicional que se pague dentro de los 30 días o acepte un acuerdo de pago. Si elijo que mi cuenta sea confidencial, soy responsable de los saldos que se acumulen y entiendo que no recibiré ningún estado de cuenta y/o llamadas telefónicas con respecto a estos saldos.

Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente/Responsibilities

Reconozco que Complete Health creará, recibirá, almacenará y compartirá información de salud que me identifique y que lo hará para proporcionar tratamiento, recibir pagos y realizar operaciones dentro de la clínica. Reconozco que se me ha ofrecido un Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos/Responsabilidades del Paciente que detalla estos usos, divulgaciones y derechos. Las copias también están disponibles en completehealthsd.care

Broken Appointments

Llegaré **20 minutos antes** de cualquier cita programada. Si no puedo asistir a mi cita programada, llamaré o notificaré al personal lo antes posible (idealmente con al menos 24 horas de anticipación) para que mi hora programada pueda ser proporcionada a otro paciente. Reconozco que si falto **a más de dos citas** en seis meses, es posible que deba reunirme con un trabajador de salud comunitario para que me ayude a identificar y abordar cualquier obstáculo que pueda tener. Si tengo problemas de transporte hacia y desde mi cita, notificaré al personal antes de mi cita para analizar varias opciones disponibles.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido la Responsabilidad del Paciente, el Aviso de Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades del Paciente. También he revisado mi información de registro, incluida mi dirección, números de contacto y doy fe de que son precisos.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente o padre/tutor

Patient/Nombre del tutor (en letra de imprenta)

Fecha