

### ACUERDO FINANCIERO

En caso de que mi seguro pagará todo o parte del centro o del médico cobra, el centro o los médicos que han prestado servicios a me están autorizados a presentar una reclamación para el pago a mi proveedor de seguros. El centro y médico o de oficina no está obligada a hacerlo a menos que bajo contrato con la aseguradora o enlazado por un Reglamento de una agencia estatal o Federal para procesar dicha reclamación. Espera que el pago de copagos y coaseguro en el momento del servicio. Pacientes deben pagar lo acordado al equilibrio en el momento del servicio. La persona abajo firmante garantiza el pronto pago de todos los cargos e incurrido gastos relacionados con la colección de las cuentas morosas. Se devengará una multa fuera de 1.5% sobre los saldos no pagados después de 60 días.

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE

Por la presente asigno beneficios a pagar en mi nombre WestGlen endoscopia centro, mi médico que admite u otros médicos que prestan servicio a mí. El abajo firmante individual garantiza pago puntual de todos los cargos incurridos por servicios prestados o saldos debido después de pagos de seguros conforme a la política para el pago de tales facturas del centro, mi médico que admite u otros médicos que prestan servicio a cargas no pagado en un plazo razonable de tiempo por seguro o un tercero pagador. Certifico que la información dada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

### LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo el centro, mi médico que admite u otros médicos que prestan servicio para liberar a todos o parte de mi médico cuando sea requerido por los registros o permitido por el Reglamento de la ley o el gobierno, cuando sea necesario para la presentación de cualquier reclamo de seguro para pago de servicios o para cualquier médico responsable para continuar tratamiento.

### REVELACIÓN DE AVISO DE PROPIEDAD

He sido informado antes de mi procedimiento que los médicos que realizan procedimientos y servicios en el centro de endoscopia WestGlen pueden tener un interés de propiedad en el centro de endoscopia WestGlen. He proporcionado una lista de médicos que tienen un interés financiero o propiedad en el centro. El médico me ha dado la opción de ser atendido en otro centro/centro, que yo he disminuido. Deseo tener mi procedimiento/servicios prestados en el centro de endoscopia WestGlen.

### CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

He revisado mi información demográfica y seguro para el paciente en esta fecha y compruebe que informo al centro de toda la información es correcta.

### INFORMACIÓN DE DIRECTIVAS DE AVANZADA DERECHOS PACIENTE

He recibido notificación verbal y escrita sobre mis derechos de paciente antes de mi procedimiento. También he recibido información sobre el centro de endoscopia WestGlen las políticas anticipadas antes del procedimiento. Obtener información sobre las directivas anticipadas y documentos oficiales del estado han sido ofrecidos a mi petición.

### AUTORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y COMUNICACIÓN DE FACTURACIÓN

Autorizo por este medio el centro de endoscopia WestGlen y/o al médico realizar mi proceso de hoy para comunicar la información sobre mi procedimiento y los resultados de mi procedimiento o cobro a/con:

- Mi cónyuge/familiar / otro nombre (s): \_\_\_\_ las iniciales
- Deja un mensaje en mi contestadora: iniciales de \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende que el anterior y completo acepta todos los términos especificados por encima de.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o responsable nombre impresión partido

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente fecha firmada