

**CARTERSVILLE MEDICAL GROUP**

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES FINANCIERAS**

1. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

**Acuerdo Financiero.**

- Reconozco que, como cortesía, **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** pudiera facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me fueron proporcionados.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o los cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo pero no limitado a co-pago, co-seguro y / o deducibles o cargos no cubiertos por el seguro.
- Tengo conocimiento que existe un cargo por cheques devueltos.

2. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

**Colección de terceros.** Reconozco que **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** puede utilizar los servicios de un asesor de negocios a terceros o entidad afiliada como una oficina de negocios extendida ("EBO Servicer") para servicios y facturación de cuentas médicas.

3. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

**Asignación de beneficios.** Por la presente otorgo a **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** de algún seguro o beneficios disponibles de otra entidad sobre los servicios médicos que se me fueron proporcionados. Tengo conocimiento de que **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de tales beneficios. Si estos beneficios no están asignados a **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP**, estoy de acuerdo en realizar todos los pagos inmediatamente al recibirlos por los servicios prestados provenientes del seguro de salud o de terceros.

4. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

**Certificación del Paciente de Medicare y Asignación del Beneficio.** Yo certifico que la información que hago disponible, en su caso, se podrá utilizar en la aplicación para el pago correspondiente bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre para **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** por el programa de Medicare o Medicaid.

5. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

**Consentimiento a Llamadas Telefónicas para Comunicaciones Financieras.** Estoy de acuerdo en que, para que **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP**, o los Agentes de la Oficina de Extensión de Negocio (EBO) y los agentes de colección administren mi cuenta o cobren cualquier cantidad que yo tenga adeudada, yo expreso mi acuerdo y mi consentimiento de que **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** o EBO se ponga en contacto conmigo por vía telefónica a cualquier número de teléfono, sin límite de conexión inalámbrica, que haya proporcionado o **CARTERSVILLE MEDICAL GROUP** o administradores y agentes de colección de EBO hayan obtenido o, a cualquier número de teléfono remitido o transferido desde ese número telefónico proporcionado, con relación a los servicios prestados, y a mis obligaciones financieras. Los métodos de contacto pudieran incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados / programados y / o el uso de cualquier dispositivo de marcación automática, según corresponda.

6. \_\_\_\_\_ ( Iniciales del Paciente o Guardián)

Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como el original.

Firma del Paciente / Representante del Paciente:

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente, por favor, describa su relación con el paciente.  
(Circule o Marque la (s) relación (es) de la lista a continuación):

- |                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| Esposo(a)      | Garantizador                      |
| Padre          | Representante Poder Legal Medico  |
| Guardián Legal | Otro (favor de especificar) _____ |