

**ACUERDO DE SERVICIOS MEDICOS**  
(LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**1. CONSENTIMIENTO MEDICO:** Yo doy el consentimiento a cualquier tratamiento médico o procedimiento que pueda dar a cabo en base de tratamiento ambulatorio (incluyendo tratamientos y servicios de emergencia) los cuales pueden incluir y no son limitados a medicamentos, inyecciones, tomar fotografías médicas, procedimientos de laboratorio, y/o exámenes de radiografías, los cuales son administrados bajo la instrucción de los médicos y personal u otros proveedores de atención medica de Advanced Medical and Urgent Care Center, Una Corporación Medica asistiendo a mi cuidado.

**2. ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que todos los cargos deben ser pagados al momento de servicio. Yo estoy de acuerdo a pagarle a Advanced Medical and Urgent Care Center, Una Corporación Médica (aquí referido como “AMUCC”) por todos los cargos por los servicios de salud y otros servicios profesionales proveídos por los médicos y el personal. Formas aceptables para pagar incluyen dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover y tarjeta de débito. Si soy paciente sin seguro médico, yo estoy de acuerdo de pagar la visita completa en el momento de servicio. Si AMUCC es un proveedor participante con mi seguro médico yo entiendo que mi co-pago y co-seguro, deducible o cualquier otro balance sobresaliente es debido al momento del servicio.

Yo entiendo que mi póliza de seguro médico es un contrato entre mi compañía de seguro médico y yo; AMUCC no está involucrado. Para que AMUCC someta reclamos y acepte pagos de mi compañía de seguro médico, Yo entiendo que tengo que presentar mi información de mi seguro médico más reciente en cada visita. Yo entiendo que AMUCC tiene que verificar la cobertura de mi seguro médico. En la situación que mi cobertura no se pueda verificar antes de mi visita, Yo estoy de acuerdo a pagar por mi visita completa al momento de servicio. Un reembolso será emitido si mi seguro médico paga por la visita. También entiendo que yo seré responsable por cualquier procedimiento el cual mi seguro médico no cubra. Cuando mi esposo/a o la persona responsable de mi garantía financiera firmen este acuerdo, ellos se hacen responsables al igual que yo. Si mis cuentas son referidas a un abogado o agencia de colecciones, los firmantes deberán de ser responsables por los honorarios del abogado (incluyendo costos) y gastos de colecciones incurridas y además otros costos que se deban. Cuentas que sean referidas a agencias externas para colección tendrán interés a la tasa actual desde la fecha en la cual la cuenta fue referida.

**3. AUTORIZACION DE SEGURO MEDICO Y LIBERACION:** Yo solicito que el pago de beneficios autorizados, incluyendo Medicare, y cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, seguro médico privado, y cualquier otro plan médico, sea hecho a AMUCC por los servicios proveídos por los médicos. Que las medidas necesarias para coordinar mi cuidado de salud y/o la determinación de labilidad de pago y obtener reembolso por los servicios proveídos, Yo autorizo que AMUCC revele porciones si no todo de mi expediente médico, a personas o corporaciones, las cuales son responsables por una parte o el total de los cargos de AMUCC, incluyendo pero no limitados a compañías de seguro medico, planes de servicios médicos, agencias del gobierno, o cargadores de compensación del trabajador. Yo autorizo que AMUCC actué como mi agente para ayudarme a tener cualquier pre-certificación, también actuando como mi agente para obtener pago de mi seguro médico. Yo autorizo que mi compañía de seguro médico le dé a AMUCC la información adecuada para completar estas transacciones. Esto se mantendrá cierto hasta que sea revocado en escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada valida como la original.

**4. LIBERACION DE INFORMACION MEDICA:** Yo autorizo que AMUCC libere cualquier información en mi expediente a cualquier médico, doctor, hospital, o institución medica a los cuales puedo ser referido para que asistan a mi cuidado. Además, Yo autorizo cualquier solicitud de mi información médica para cualquier médico, doctor, hospital o institución medica que asista en mi cuidado.

**5. NOTIFICACION DE PRIVACIDAD:** Al firmar esta forma, yo reconozco haber recibido la “Notificacion de Privacidad” de AMUCC. Nuestra “Notificacion de Privacidad” provee información sobre como podemos usar y divulgar su información medica protegida. Le sugerimos leerla por completo. Nuestra “Notificacion de Privacidad” esta sujeta a cambios. Si cambiamos nuestra notificación, usted puede obtener una copia corregida contactando AMUCC al (909) 981-2273.

**6. FARMACIA DE LA CLINICA:** Para su conveniencia, nuestra oficina puede ofrecerle algunos medicamentos recetados necesarios para tratar su condición(es) médica. Por favor tome en cuenta que nuestra oficina no le manda un reclamo a su seguro medico por estos medicamentos. **Sus beneficios farmacéuticos no aplican a los medicamentos dispensados en la oficina.** Cualquier medicamento dispensado en la oficina será responsabilidad financiera del paciente y es adicional al costo por cual usted es responsable por la visita. Si usted prefiere utilizar una farmacia fuera de nuestra clínica una receta se le puede dar sin cargo adicional.

**7. OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** AMUCC no se hará responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, documento, joyería, anteojos, dentaduras postizas, u otros artículos de valor inusual y no se hará responsable por la pérdida o daño de los bienes personales.

**Advanced Medical and Urgent Care Center, Una Corporación Médica y el paciente o el representante del paciente, por lo presente entran a este acuerdo. El firmante certifica que él o ella ha leído y está de acuerdo con lo anterior y ha recibido una copia y el paciente o el representante del paciente está autorizado por el paciente actuar como el agente general para ejecutar lo anterior y aceptar los términos.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE MEDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y RELACION DEL REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA