



## PAGO, REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.o de registro médico: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_  
Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

**Las compañías de seguro solamente cubrirán los servicios que determinen razonables y necesarios de conformidad con sus normas. Si su compañía de seguros determina que un servicio en particular no está cubierto o no es razonable y necesario de conformidad con sus normas, se negará a pagarlo.**

Entiendo que recibiré un servicio que **no está cubierto por mi cobertura de Medicaid y aceptaré la responsabilidad financiera** de todos los servicios que reciba hoy.

Entiendo que, debido a que **no puedo obtener la autorización previa de mi compañía de seguros** para \_\_\_\_\_ (indicar el servicio) y todos los servicios relacionados, y que dicha autorización es necesaria para que estos servicios sean un beneficio cubierto, **aceptaré la responsabilidad de todos los cargos denegados por mi compañía de seguros por este motivo.**

Comprendo que si cancelo mi servicio, se facturará a mi seguro el **costo de los elementos personalizados que se pidieron y tendré la responsabilidad de pagar todo monto que no cubra mi seguro.**

Entiendo que recibiré servicios que posiblemente **no cubra mi seguro y aceptaré la responsabilidad financiera de los cargos denegados por mi compañía de seguros.**

Otra categoría, especifique: \_\_\_\_\_

### ACUERDO DEL PACIENTE

Me han notificado que aunque mi médico estime que mi atención médica profesional mejorará gracias a la prestación de dichos servicios, es probable que mi compañía de seguros se niegue a cubrirlos. Mi firma representa la aceptación de mi responsabilidad personal ante Gundersen Tri-County Hospital and Clinics por estos servicios.

Por la presente, autorizo a Gundersen Tri-County Hospital and Clinics a realizar procedimientos o tratamientos urgentes, no urgentes o electivos, según se considere necesario y/o adecuado.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si firma alguien que no es el paciente:**  Padre/Madre/Representante legal  Agente de salud (Poder para la atención de la salud)

**NOTA:** Su información médica se mantendrá confidencial. Toda información que reunamos sobre usted en este formulario se mantendrá de forma confidencial en nuestras oficinas. Si se presenta alguna reclamación ante su compañía de seguros, podremos compartir con su aseguradora su información médica divulgada en este formulario.