



## Póliza Financiera

**Todos los cargos no pueden ser determinados en el punto de servicio. Si hay cargos adicionales identificados se le cobrara ala aseguranza del paciente o al paciente si paga en forma privada.**

Gracias por elegirnos como su proveedor de servicios de salud. Por favor comprenda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera que se le pedirá que lea, inicie y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información y de seguro medico antes de ver al medico.

- ❖ Requerimos una identificación con foto para todos los pacientes mayores de edad.
- ❖ Un cobro de \$25.00 será agregado por cualquier cheque sin fondos.
- ❖ Un cobro administrativo de \$100 será añadido a cualquier cuenta sin pagar entregada a una agencia de colección.

**Cuentas en Efectivo:** El pago total se debe al momento de la visita. Ofrecemos un descuento por los servicios pagados en total al momento del servicio.

**Seguros o Proveedores sin Contrato:** Usted debe tener una tarjeta de identificación valida de su seguro medico con la dirección de facturación. Estaremos contentos de cobrar a su seguro medico; sin embargo si no recibimos pago, el saldo será su responsabilidad. Su póliza de seguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte del contrato. Por favor comuníquese con su compañía de seguro para ver si Portland Urgent Care es un proveedor contratado. Por favor note lo siguiente que Portland Urgent Care pudiera estar alistado como una clínica contratada con la aseguranza pero no garantiza que el Proveedor Medico que este en guardia este contratado con su aseguranza. Nuestra póliza es de acreditar a cada uno de los proveedores con nuestras aseguranzas contratadas pero porque la aseguranza tiene hasta 90 días para responder y por otras razones fuera de nuestro control, no es siempre posible asegurar que todos nuestros proveedores serán contratados con su aseguranza al tiempo de su visita. Con gusto lo veremos para sus necesidades medicas y cobraremos a su aseguranza pero por favor este consiente de que si el proveedor no esta contratado, el paciente o el avalista será responsable por el saldo no cubierto. Nos disculpamos por cualquier inconveniencia que esto pueda causar.

**Seguros con Contrato:** Estaremos contentos de cobrar a su compañía de seguro por usted. Todos los pagos compartidos deben pagarse al momento de la visita. Usted debe tener una tarjeta de identificación de su seguro valido/vigente. En el caso de que su compañía de seguro niegue los cargos de la fecha de servicios, Portland Urgent Care reserva el derecho de cobrarle a usted como la parte responsable de pagar.

Estados de Cuentas: Enviamos 3 estados de cuentas a la dirección que usted nos indico. También enviamos su estado de cuenta por correo electrónico de modo que pueda pagar en línea. Por favor provea un coreo electrónico a la recepcionista. También ofrecemos la opción de pagar en nuestra pagina web. Si tenemos que enviar el 2do estado de cuenta, se le cobrara un recargo de \$15. Si no hemos recibido su pago o no a hecho arreglos de pagos después del 3er estado de cuenta, su cuenta será asignada a una agencia de colección.

**Prestaciones Habituales y Razonables:** Portland Urgent Care esta comprometido en proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos las prestaciones habituales y razonables de nuestra área. Usted es responsable de los pagos de cualquier determinación arbitraria de compañía de seguros de las prestaciones habituales y razonables.

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en ser responsable de los gastos realizados en Portland Urgent Care independiente de la cobertura médica.

**Pacientes Menores:** Adultos, Padres o Guardianes acompañando a un menor son responsables por los honorarios acumulados por la visita. Para menores sin acompañante de 15 años o menos, será negado el tratamiento si no es de emergencia. Será negado el tratamiento a pacientes mayores de 15 años al menos que previos arreglos se haigan realizado.

Aceptamos efectivo, cheque, o tarjeta de crédito.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta póliza financiera:

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



## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Portland Urgent Care usara y divulgará información médica sobre mí.

Entiendo que mi información médica podría incluir tanto información creada como recibida por Portland Urgent Care, podría ser en forma de historial escrito o por grabaciones electrónicas o palabras habladas, y podría incluir información sobre mi historia médica, condición médica, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, formulas médicas, y formas similares de información relacionadas con la salud.

Entiendo y concuerdo en que Portland Urgent Care podría **usar y divulgar** mi información médica para:

- Tomar decisiones relacionadas con y planear mi cuidado y tratamiento;
- Referirse a, consultar con, coordinar entre, y manejar mi cuidado y tratamiento, junto con otros proveedores de cuidado médico;
- Determinar mi elegibilidad para cobertura del plan de salud o seguro, y presentar cuentas, reclamaciones y otra información relacionada a las compañías de seguro u otros quienes podrían ser responsables de pagar parte o todo el cuidado médico; y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyen los esfuerzos de médico de proveerme con, organizar y ser reembolsado por un cuidado médico de calidad y rentable.

También entiendo que tengo derecho de recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Portland Urgent Care maneja la información médica sobre mí. Esta descripción escrita se conoce como un **Aviso sobre prácticas de privacidad** y describe los usos y la divulgación de información médica y las prácticas informáticas que siguen los empleados, plantilla y demás personal de oficina de Urgent Care Express, y mis derechos referentes a mi información médica.

Entiendo que se puede revisar el *Aviso sobre prácticas de privacidad* de vez en cuando, y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier *Aviso sobre prácticas de privacidad* revisado. También entiendo que habrá una copia o resumen de la última versión del *Aviso sobre prácticas de privacidad* de Portland Urgent Care fijada en el área de espera / recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que no se use o divulgue parte o toda mi información médica de la manera descrita en el *Aviso sobre prácticas de privacidad*, y entiendo que la ley no exige que Portland Urgent Care acepte tales peticiones.

**Al firmar abajo, acepto que he leído y entiendo la información anterior y que he recibido una copia del *Aviso sobre prácticas de privacidad*.**

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente)

- 0 -

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante del Paciente)

Descripción de la Autoridad del Representante: \_\_\_\_\_