

## Axia Women's Health

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Autorización para el tratamiento y el pago de beneficios médicos

#### Responsabilidad financiera de la paciente

Gracias por elegir nuestro consultorio, un centro de atención de Axia Women's Health, como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha demostrado con su elección y nos comprometemos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que entiende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras de la paciente. Si desea recibir una explicación más detallada acerca de nuestras políticas financieras, le pedimos que solicite una copia.

#### Autorización para el tratamiento y el pago de beneficios médicos

Doy permiso al consultorio a que brinde servicios médicos de diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por los servicios prestados y para que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente al consultorio.

#### Uso de fotografía

Acepto que cualquier identificación con fotografía que se tome en el momento de mi consulta se considerará parte de mis expedientes médicos y se utilizará únicamente con el propósito de identificarme.

#### Responsabilidad financiera de la paciente

- ✦ Yo (o el tutor de la paciente, si es menor de edad) entiendo que soy responsable en última instancia del pago de mi tratamiento y atención.
- ✦ Ustedes me ayudarán al enviar la factura a mis aseguradoras contratadas. Sin embargo, entiendo que yo debo brindarles a ustedes la información más actualizada y correcta sobre mis aseguradoras, y que seré responsable de cualquier cargo que se generen si la información que proporciono no es correcta o no está actualizada.
- ✦ Entiendo que soy responsable de pagar copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos que no cubra mi plan de seguro. Entiendo que debo realizar el pago al momento de recibir el servicio, y que puedo pagar en efectivo, con un cheque o con la mayoría de las principales tarjetas de crédito. La información sobre la responsabilidad y los beneficios de la paciente que proporciona Axia Women's Health se basa en la información que proporciona su aseguradora en el momento del servicio. Axia no es responsable de la exactitud de esta información. **EL MONTO REAL QUE SE LE DEBE PAGAR A AXIA SE PROPORCIONARÁ UNA VEZ QUE EL PAGADOR REALICE EL RECLAMO.**
- ✦ Entiendo que puedo tener cargos adicionales y que soy responsable del pago. Estos cargos pueden incluir (entre otros):
  - ⌘ Cobros por cheques devueltos.
  - ⌘ Cobros por la copia y la distribución de los expedientes médicos de la paciente.
  - ⌘ Cobros por completar formularios.
  - ⌘ Cobros por consultas a las que no asistió.

#### Autorizaciones de la paciente

- ✦ Con mi firma a continuación, autorizo al consultorio, un centro de atención de Axia Women's Health, a divulgar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros que sean necesarias y a terceros pagadores que se requieran para realizar el pago de los servicios de salud que se hayan prestado.
- ✦ Con mi firma a continuación, autorizo que se asignen beneficios financieros directamente al consultorio, un centro de atención de Axia Women's Health. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos que no estén cubiertos o que sean denegados en su totalidad o en parte por mis planes de seguro.

**He leído, entiendo y acepto las disposiciones de este formulario de autorización para el tratamiento y el pago de beneficios médicos y de responsabilidad financieras de la paciente:**

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha