

## AUTORIZACION Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Agradecemos por escoger a NJ Eye and Ear para sus consultas medicas. Nosotros le daremos a usted el mejor cuidado medico. Lea cuidadosamente y firme esta forma para conocimiento y entendimiento de nuestras polizas financieras.

### Responsabilidades Financieras del Paciente:

- El paciente (o responsable del paciente si es menor) es el responsable en ultima instancia por los pagos del tratamiento y cuidado medico.
- Nosotros haremos el cobro a su seguro por usted. Siempre que nos proveen la informacion correcta y actualizada del seguro medico.
- Los pacientes son responsables de los copagos, co-seguros, deducibles y cualquier otro procedimiento o tratamiento no cubierto por su plan de seguro.
- Los co-pagos deben ser pagados en el momento de la cita.
- Co-seguros, deducibles y tratamientos o procedimientos no cubiertos por el seguro, deben ser pagados en los siguientes 30 dias de la cita. Recibiran una factura de cobro.
- El paciente puede incurrir y ser responsable de pagos por cargos adicionales, si aplican. Devolucion de un cheque sin fondo tendra un cargo de \$30.
- Haremos un cargo de \$25.00 despues de que el paciente haya confirmado su cita y no asista.

### Reconocimiento y Autorizacion del Paciente:

Nosotros respetamos la privacidad del paciente y solo se revelara la informacion medica de usted con la aprobacion de la Ley Federal del Estado.

Adjuntamos notificacion describiendo nuestras polizas relacionadas con el uso de su historia medica, y como usted puede tener acceso a esta informacion. Por favor revise esta poliza cuidadosamente.

**Con mi firma, yo acepto que he recibido y leído la notificación privada suministrada por: NJ Eye and Ear. Por este medio autorizo a NJ Eye and Ear, doctores, personal y hospitales asociados con NJ Eye and Ear, para revelar información médica y cualquier otra información adquirida, en el transcurso de mi examen/tratamiento, que sea necesario para la compañía de seguros o cualquier otro pagador, y doctores o entidades médicas que requieran información de mi cuidado médico.**

**Este consentimiento es firmado por:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Responsable o tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si es menor de edad o no esta en capacidad de firmar)