

PACIFIC SURGERY CENTER, LLC

**Autorización para Tratamiento Médico:** Por medio de la presente declaro que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para diagnóstico, tratamiento, sesiones de terapia y/o ingreso a Pacific Surgery Center (establecimiento[s]) así como se considere necesario o conveniente por el médico(s) que me esté tratando, sus asistentes y/o designados. Esta Autorización incluye, pero no se limita a procedimientos rutinarios de diagnóstico, cuidado de paciente interno o ambulatorio, pruebas de laboratorio, rayos-x y transfusiones de sangre o productos sanguíneos. También autorizo que se liberen copias de mi expediente médico a médicos y establecimientos de salud según lo considere necesario cualquier médico que me esté tratando. Yo entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de los exámenes y tratamientos recibidos en este(os) establecimiento(s). Reconozco que mi cuidado está bajo la dirección del (de los) médico(s) que me trata(n) y que el (los) Establecimiento(s) seguirá(n) las instrucciones de mi(s) médico(s) en cuanto a la prestación de dicho cuidado.

**Derechos del Paciente:** Yo, el (la) abajo firmante, he recibido un documento por separado en el cual se me informa sobre mis derechos y responsabilidades como paciente.

**Objetos Personales de Valor:** Yo comprendo que el(los) establecimiento(s) mantiene(n) una caja fuerte para la custodia de dinero u objetos de valor. Entiendo que, a excepción de tal dinero y valores que deposite para custodia con el(los) establecimiento(s), el(los) establecimiento(s) no será(n) responsable(s) de la pérdida o daño de mi propiedad personal. Acepto responsabilidad por toda propiedad en mi posesión.

**Asignación de Beneficios del Establecimiento:** Por medio de la presente, asigno todos los beneficios de seguro y/o Medicare/Medicaid al(los) establecimiento(s) y autorizo el pago directo al(los) establecimiento(s). Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, los beneficios y recaudaciones de seguro médico mayor y seguro de discapacidad. Esta asignación también incluye recaudaciones y beneficios acumulados bajo cualquier convenio, estructurado o no, u otorgados bajo juicio por daños personales causados por un tercero. Acepto pagar cualquier y todos los cargos/costos no pagados según esta asignación. Una fotocopia de esta asignación será tan válida como la original.

**Asignación de Beneficios Profesionales:** Por medio de la presente asigno todos los beneficios de seguro y/o de Medicare/Medicaid a todos los médicos profesionales que me proporcionan servicios y autorizo el pago directo al(los) médico(s). Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, los beneficios y recaudaciones de seguro médico mayor y seguro de discapacidad. Esta asignación también incluye recaudaciones y beneficios acumulados bajo cualquier convenio, estructurado o no, o adjudicados en una sentencia por daños personales causados por un tercero. Acepto pagar cualquier y todos los cargos no pagados según esta asignación. Una fotocopia de esta asignación será tan válida como la original.

**Representante Autorizado:** Por medio de la presente autorizo al(los) establecimiento(os), sus agentes y representantes actuar en mi nombre para recuperar reclamos de beneficios, apelar determinaciones adversas de beneficios y tomar cualquier medida que se considere necesaria para obtener pago por servicios proporcionados por el(los) establecimiento(os).

**Declaración de Responsabilidad:** Entiendo que como paciente, padre/madre, tutor, conservador o asegurado tengo la responsabilidad financiera frente al(los) establecimiento(s) de todo cargo no cubierto por las asignaciones mencionadas anteriormente. Los cargos pueden incluir deducibles de seguro médico, co-seguro o gastos de desembolso personal, o el cargo adicional de una habitación privada en donde me han ubicado debido a una petición personal. Autorizo al(los) establecimiento(s) o médico(s) a tener acceso y revisar mi reporte de crédito con propósitos relacionados a la facturación o colección de cuentas por pagar al(a los) establecimiento(s) o médico(s).

**Autorización para Divulgar Información a la Compañía de Seguro o Pagador Tercero:** Por medio de la presente autorizo al (a los) establecimiento(s), cualquier proveedor de salud autorizado, incluyendo la Administración de Veteranos u hospital gubernamental, cualquier compañía de seguro o cualquier otra persona, institución u organización, liberar mi expediente médico a cualquier persona, corporación, proveedor de compensación al trabajador, agencia gubernamental (o representante de ella) que sea, o pueda ser, responsable bajo algún contrato o programa gubernamental con este establecimiento(os), el paciente, o un miembro de familia de todo o parte del cargo del establecimiento(os). Este(os) establecimiento(s) intentará(n) proteger la confidencialidad de mis expedientes médicos. Sin embargo, este(os) establecimiento(s) no será(n) responsables a razón de la liberación de dichos expedientes médicos o cualquier parte de los mismos al responder de buena fe a una liberación aparentemente válida.

**Servicios No-Cubiertos de Medicare/Medicaid:** Los programas de Medicare y Medicaid tienen ciertos ingresos hospitalarios de pacientes internados, ambulatorios y de observación que se excluyen de cobertura, incluyendo, pero no limitado a: cirugía plástica, cirugía dental sin motivo médico, pruebas de diagnóstico y físicos rutinarios, y medicamentos orales. Reconozco que soy económicamente responsable de todos los cargos incurridos si mi expediente médico indica que mi ingreso es por alguno de los tratamientos mencionados anteriormente.

**Pacientes Internados Medicare/TRICARE:** Yo el firmante he recibido y comprendo una notificación en carta titulada Mensaje Importante de Medicare/TRICARE, y he sido notificado de mis derechos.

**Por favor escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_ Acuso recibo de las Prácticas de Privacidad de Pacific Surgery Center.**

Solamente Para Pacientes Hospitalizados:

**Por favor escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_ Reconozco que se me proporcionó información acerca de mis derechos y responsabilidades de paciente.**

El (la) abajo firmante certifica que él o ella ha leído la información anterior, es el (la) paciente, el (la) tutor(a) del (de la) paciente, apoderado(a), padre, madre o está debidamente autorizado(a) por el padre o la madre, o en su nombre, para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente / padre(madre) si el paciente es un menor / Poder Notarial/Tutor	Relación	Fecha
Firma de la persona responsable (si no es la misma que el paciente o el padre[madre])	Firma del Asegurado	
Witness to Signatures	Patient Unable to Sign Consent Because	