



Le agradecemos por elegir a Center for Venous Disease para su tratamiento de salud.

Su firma al pie constituye un contrato entre Center for Venous Disease (CVD, el proveedor de los servicios médicos) y el Paciente que recibe los servicios médicos o la Persona Responsable si el paciente es menor de edad (menor de 18 años). La Persona Responsable es el individuo financieramente responsable por el pago de la atención médica.

- CVD tiene el agrado de asistirle enviando la factura a los proveedores de seguro con los que tiene contrato. Pero, el paciente es responsable de proveernos la información correcta y actualizada de su seguro, como así cualquier cambio de teléfono o dirección, y será responsable de cualquier cargo incurrido si la información provista no es correcta o actualizada de manera pronta.
- Los pacientes son responsables por el co-pago de su **especialista** para cada visita al consultorio, co-seguro, deducibles, y el pago complete que debe abonar. (Forma adjunta).
- Los pacientes podrían incurrir, y son responsables del pago de gastos adicionales a discreción de CVD. Estos cargos podrían incluir (pero no se limitan a):
 - Medias de compresión
 - Cargos por cheques sin fondos
 - Cargos por faltar a la cita sin dar 24 horas de aviso
 - Cargos por completar formas extensas (FMLA/STD/LTD)
 - Cualquier costo asociado con la recaudación del saldo de su cuenta

Autorizaciones del paciente:

- Al firmar abajo, por la presente autorizo a CVD y a los médicos, personal, y hospitales asociados con CVD a entregar información médica y de cualquier clase adquirida durante el transcurso de mi revisión y/o tratamiento, a las compañías de seguro necesarias y a otras terceras partes pagadoras, para obtener autorización para mi plan de tratamiento.
- Yo entiendo que en última instancia es mi responsabilidad asegurarme de que mi compañía de seguro ha otorgado la autorización antes de mi procedimiento. Si recibo tratamiento y no se ha obtenido la autorización y esos servicios son rehusados por mi compañía de seguro, entonces yo seré financieramente responsable por el costo del tratamiento y los servicios de esa fecha.

Recaudación del saldo del paciente:

Como paciente, una porción de sus responsabilidades financieras se vencen antes de su procedimiento.

Antes de su tratamiento le daremos los detalles de los pagos para asistirlo en planear el procedimiento venidero. Las preguntas sobre deducibles y co-seguro puede realizarlas llamando al departamento de servicio al cliente al número en la parte de atrás de su tarjeta de seguro. Las facturas que se le envíen deben ser pagadas dentro de los 30 días. Nuestro sistema envía las cuentas con saldo vencidos a una agencia de recaudación externa a los 60 días. Si se iniciaran los procedimientos de recaudación o fuera necesaria una acción legal para recaudar el saldo de su cuenta, el paciente, o la persona responsable por el paciente, entienden que CVD tiene el derecho de revelar a una compañía externa de recaudación toda la información personal y de su cuenta, necesarias para recaudar el pago por los servicios prestados. El paciente, o la persona responsable por el paciente, entienden que son responsables por todos los costos de recaudación incluyendo, pero sin limitarse a, los cargos por transferencias de dinero.

Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, y todas las tarjetas de crédito principales. Actualmente también aceptamos Care Credit y contamos con la capacidad, al recibir su aprobación, de establecer un sistema de pagos que será acreditado automáticamente de su cuenta bancaria.

Si tiene preguntas en cuanto a lo que deberá pagar de su bolsillo, su compañía de seguro le podrá proveer una Explicación de Beneficios detallando los pagos y el saldo del paciente, y ellos podrán darle toda la información detallada en cuanto a sus beneficios. Algunas de las preguntas que puede formular son:

- ¿Cuál es la cantidad de mi deducible, y cuánto ya se ha pagado?
- ¿Cuál es el porcentaje de mi co-seguro?
- ¿Cuál es la cantidad anual que debo pagar de mi bolsillo, esto incluye el deducible, y cuánto ya ha sido pagado?

Al firmar abajo, usted está de acuerdo en aceptar la completa responsabilidad financiera como paciente que recibe los servicios médicos, o como la persona responsable si el paciente es menor de edad, y es su responsabilidad conocer los términos de su seguro médico.

FIRMA (Paciente o Garante): _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

PARA (nombre del paciente en letra de molde): _____

Firma del personal de CVD: _____