

Gracias por seleccionarnos para que seamos su centro de atención médica. Nuestra Política Económica aparece a continuación. Nuestra preocupación principal es que usted reciba el tratamiento adecuado y óptimo que necesita para restablecerle y preservarle la salud. Por tal motivo, si desea hacer alguna pregunta o lo preocupa algo acerca de nuestras políticas de pago, tenga la amabilidad de no tener ninguna duda en preguntárselo a nuestros empleados.

1. La reclamación se presentará ante su aseguranza como una fina cortesía de nosotros hacia usted; sin embargo, usted es el responsable de toda la cuenta. **Todos los copagos, los deducibles que no se han pagado y los demás servicios que son responsabilidad del paciente tienen que pagarse en el momento de la visita.** Usted es el responsable de pagar los servicios, si su aseguranza aplica los cargos facturados a su deducible, le niega los servicios o considera que los servicios no están cubiertos. **Si no está asegurado, se espera que usted lo pague todo en el momento de la visita.**
2. Si su aseguranza no paga la reclamación dentro de un plazo razonable (de 45 a 60 días), en tal caso, usted podría hacerse responsable de la cuenta. Si el pago de quien dio la garantía no se recibe dentro de un plazo razonable, o si se nos devuelve la carta porque no se puede entregar, le enviaremos su cuenta a una agencia externa de cobranzas.
3. Si el plan de seguros suyo exige que haya referido o autorización anticipada, tiene que presentar uno de estos documentos junto con su tarjeta de la aseguranza en cada visita. Si no tiene el referido cuando llegue a la cita, usted será el responsable de pagar la visita.
4. A los cheques devueltos por falta de fondos se les hará el cargo por la entrega de cheques sin fondos. Se podrá hacer un cargo por faltar a las citas.
5. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN Y SOLICITUDES DEL PACIENTE.** Certifico que es correcta la información que he dado al solicitar que se haga el pago basado en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare). Autorizo a toda persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mi persona a que se la dé a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradora, siendo esta información necesaria para esta reclamación o las demás reclamaciones relacionadas con Medicare. Solicito que se haga en mi nombre el pago por cesión de beneficios.
6. **ACUERDO ECONÓMICO.** Considerando los servicios que se le proporcionarán al paciente, la persona que firma más abajo tiene la obligación de pagarle al centro médico sus tarifas y dentro de sus plazos habituales; además, si la cuenta se le manda a un abogado o agencia de cobranzas, pagar los honorarios razonables de abogado y gastos de cobranza. Por este medio, la persona que firma más abajo le cede al centro médico todos los beneficios del seguro por los servicios prestados. La persona que firma más abajo acepta hacerse responsable de los cargos que no pague la aseguranza. Queda entendido que la obligación de pagarle al centro médico no se puede posponer por ningún motivo, inclusive por demandas judiciales pendientes contra otros para que se le indemnicen gastos médicos.
7. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO HABITUAL.** Consiento por este medio en que se hagan los procedimientos diagnósticos y/o los tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) que son necesarios o convenientes en New Mexico Cardiocascular Associates. Consiento por este medio en que se hagan todos los procedimientos por parte de enfermeros y técnicos y análisis y pruebas que mande(n) mi(s) médico(s). Comprendo que para mi atención médica podría hacer falta recoger muestras de mi cuerpo, inclusive de líquidos y tejidos. Por tal motivo, se me podría extraer sangre o tejidos durante las pruebas o análisis, tratamientos o cirugía. Además, entiendo que si empleados del hospital o de emergencias médicas, médicos u otro(s) entran en contacto con mi sangre o líquidos corporales o reportan que esto sucedió, se me analizará la sangre para encontrar infecciones transmitidas por la sangre, inclusive la hepatitis C y VIH/sida. Estoy consciente de que el ejercicio de la medicina y cirugía no es ciencia exacta, y reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía a consecuencia de los tratamientos o examen en New Mexico Cardiovascular Associates. Tengo el derecho de rechazar las pruebas, análisis y tratamientos (en la medida que lo permiten las leyes) y que se me diga lo que pudiera pasar si lo hago. Tengo el derecho de que no se me haga ninguna foto o video, a no ser que yo esté de acuerdo con eso, a excepción de cuando sean necesarios para recibir tratamiento.
8. **OPCIÓN DE TRANSMITIR ELECTRÓNICAMENTE LA INFORMACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO DEL ALTA:** Doy mi autorización para que [New Mexico Cardiovascular Associates] proporcione una copia de la historia clínica de mi tratamiento, el resumen del alta y un resumen del expediente de atención a mi(s) médico(s) de atención primaria, médico(s) especialista(s) o a todos los proveedores o establecimientos de atención médica indicados en los documentos de mi alta para facilitar mi tratamiento y la continuidad de los cuidados. Entiendo que la información que se divulgue de acuerdo con este párrafo puede incluir, entre otra, información confidencial relacionada con el VIH y demás información sobre otras enfermedades contagiosas o de transmisión sexual; información relacionada con toxicomanía, alcoholismo, farmacodependencia o adicción crónica al alcohol; información sobre salud mental o conductual (con excepción de las notas de psicoterapia); información sobre pruebas genéticas o información relacionadas con abortos provocados. El resumen del expediente de atención consiste en la información de mi historia clínica, entre otra, la información acerca de los procedimientos y los exámenes de laboratorio realizados durante esta internación, mi plan de atención, una lista de mis problemas actuales y pasados, y la lista de mis medicamentos actuales. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al encargado de la privacidad (Privacy Officer). No obstante, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya se haya dado a conocer de acuerdo con esta autorización. La presente autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha en que mi tratamiento actual termine.
9. **INSTRUCCIONES POR ADELANTADO PARA URGENCIAS:** He firmado las Instrucciones por Adelantado para Urgencias

NEW MEXICO CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

No he firmado las Instrucciones por Adelantado para Urgencias

He leído y entiendo por completo la Política Económica, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente o representante legal de servicios de atención médica

Fecha

Si firma otra persona que no es el paciente:

Relación o parentesco del representante

Motivo por el cual la persona no puede firmar, por ejemplo es menor de edad o está incapacitado legalmente