



Responsabilidad del Paciente

Gracias por elegir a Grand Vein Specialists, Ever Clinic como su proveedor de servicio Médico. Estamos honrados por su elección y buscamos brindarle la mejor calidad de servicio médico. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que entiende nuestra póliza de responsabilidad financiera del paciente

Responsabilidad del Paciente

- Yo comprendo y reconozco que soy financieramente responsable por el deducible, coaseguro y copago de mi seguro, así como también soy responsable por cualquier servicio no cubierto.
- El copago debe ser pagado a la hora de servicio.
- Si mi tratamiento requiere un referido, yo debo obtener el referido antes de mi visita.
- En el caso que mi seguro determine que un servicio no sea aplicado (En caso que la aseguradora se niegue a pagar), Yo seré responsable por el cargo entero y me comprometo a hacer el pago completo de los servicios que se me brindaron.
- Si no tengo seguro entiendo que mi pago es requerido al momento que se me brindan los servicios.
- Soy completamente responsable de informar a la oficina de cualquier cambio hecho a mi plan de seguro antes de la hora de mi visita.
- Entiendo que soy responsable por informar a la oficina de cualquier cambio como dirección, número de teléfono o alguna corrección en su fecha de nacimiento ETC.
- Reconozco que es mi responsabilidad llenar y regresar los formularios que se me han mandado por mi seguro que podrían afectar pagos de mi servicio médico, Entiendo que si por mi inhabilidad de cumplir con los formularios se niega un reclamo, yo soy totalmente responsable por el pago.

Autorización del Paciente

- Por la presente autorizo y dirijo pago directo de mis beneficios a **Grand Vein Specialists, Ever Clinic**, en mi nombre por cualquier servicio prestado a mí por el proveedor.
- Por la presente autorizo a **Grand Vein Specialists, Ever Clinic** para poder intercambiar con mi seguro, agencias gubernamentales, o cualquier otra entidad financiera responsable por mi cuidado médico, toda la información incluyendo diagnósticos y registros de todos mis tratamientos con explicación, pertenecientes a mí que sea necesario para cargos que se deben cobrar tanto como información requerida para precertificación, autorización, o referido para otro proveedor de servicio médico.
- Solicito el pago de los beneficios de Medicare autorizados para mí o en mi nombre por los servicios proporcionados a mí en **Grand Vein Specialists, Ever Clinic**. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a ser intercambiado con Medicare y sus agentes, cualquier información solicitada para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

Yo he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las provisiones de este formulario de Responsabilidad Financiera

Firma Del Paciente o Tutor

Fecha

Waiver of Patient Authorizations

No autorizo la divulgación de información sobre mi salud y prefiero pagar por mi tratamiento a la hora del servicio.

Firma Del Paciente o Tutor

Fecha

*4952 W. Irving Park Rd.
Chicago IL 60641*

*6227 Cermak Rd
Berwyn IL 60402*

*1508 Grand Ave
Waukegan IL 60085*

Phone: (773)942-6141

Email: Receptionist@gvsmed.com

Fax: (866) 707-2267