



925 Clifton Avenue, Suite 100  
Clifton, N.J. 07013  
T: 973-798-6900  
F: 973-405-6435  
affiliatedendo.com

## AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE ADMISION Y TRATAMIENTO

Yo doy consentimiento para admisión y procedimiento en Affiliated Endoscopy Center. Mi médico me ha explicado la necesidad de esta admisión, el curso del tratamiento, alternativas, ventajas y posibles complicaciones. Con este conocimiento doy voluntario consentimiento al procedimiento diagnóstico y tratamiento médico a los agentes de Affiliated Endoscopy Center y personal médico, como puede en su juicio profesional que se consideren necesarias o benéfico. Si algún empleado es expuesto a mi sangre o fluidos de mi cuerpo yo doy consentimiento para tener un análisis de sangre del HIV, Hepatitis B y Hepatitis C.

### ACUERDO FINANCIERO

En el caso de que mi seguro pague todos o parte de los cargos del Centro y / o del médico, el Centro y / o los médicos que me prestan el servicio están autorizados a enviar un reclamo de pago a mi compañía de seguros. El Centro y / o la oficina del médico no están obligados a hacerlo a menos que estén bajo contrato con la aseguradora o estén obligados por una regulación de una agencia estatal o federal a procesar dicha reclamación. Esperaremos el pago de deducibles, copagos y coaseguro en el momento del servicio. Se espera que los pacientes que paguen por su cuenta paguen el saldo acordado al momento del servicio.

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por la presente, asigno beneficios a pagar en mi nombre a *Affiliated Endoscopy Services of Clifton*, mi médico de admisión u otros Médicos que me prestan servicios. El individuo abajo firmante garantiza el pago puntual de todos los cargos incurridos por servicios prestados o saldo adeudado después de pagos de seguro de acuerdo con la política de pago de tales facturas del Centro, mi Médico de admisión u otro Médico que preste servicios a cargos no pagados dentro de un período de tiempo razonable por parte del asegurador o pagador externo. Certifico que la información proporcionada con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

### LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo al Centro, a mi Médico de admisión u otros Médicos que prestan servicios a divulgar todo o parte de mis registros médicos cuando así lo exijan o permitan las leyes o regulaciones gubernamentales, cuando sea necesario para presentar un reclamo de seguro por el pago de servicios o cualquier médico (s) responsable de la atención continua.

### DIVULGACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PROPIEDAD

Me han informado antes de mi cirugía / procedimiento que los Médicos que realizan procedimientos / servicios en *Affiliated Endoscopy Services of Clifton* tienen un interés de propiedad en *Affiliated Endoscopy Services of Clifton*. Se me proporcionó una lista de médicos que tienen un interés financiero o son propietarios del Centro. El Médico me dio la opción de ser tratado en otra instalación / Centro, que he rechazado. Deseo que mi procedimiento / servicios se realicen en *Affiliated Endoscopy Services of Clifton*.

### CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He revisado la información demográfica y de seguro de mi paciente en esta fecha y verifico que toda la información reportada al Centro es correcta.

### INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE / DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Recibí una notificación escrita y verbal sobre mis Derechos del paciente antes de mi cirugía / procedimiento. También recibí información sobre las políticas relacionadas con las Directivas anticipadas antes del procedimiento. La información con respecto a las Directivas Anticipadas, junto con los documentos oficiales del Estado se me han ofrecido a pedido.

Por la presente autorizo a *Affiliated Endoscopy Services of Clifton* y / o al médico que realizan mi procedimiento hoy a comunicar información sobre mi procedimiento / resultados de mi procedimiento / facturación a / con:

- Mi cónyuge / miembro de la familia / otro Nombre (s): \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente
- Deje un mensaje en mi contestador automático: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Iniciales del paciente

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entiende lo anterior y acepta completamente todos los términos especificados anteriormente.

-----  
Firma del paciente o arte responsable

-----  
Imprima Nombre

-----  
Relación con el paciente

-----  
Fecha de firma