

**GARANTÍA DE PAGO/
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/
AUTORIZACIÓN PARA PROCESAR RECLAMOS
Center For Cancer Care**

PLACE LABEL HERE

GARANTÍA DE PAGO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

En contraprestación del crédito anticipado que el hospital me otorgó para mi atención hospitalaria y servicios, por este medio asigno y transfiero irrevocablemente a Gwinnett Hospital System y los médicos tratantes, todos los beneficios y pagos que ahora están vencidos y pagaderos o que se vencerán y me pagarán bajo cualquier póliza o pólizas de seguros, bajo cualquier póliza de reemplazo de las mismas, bajo cualquier programa de autoseguro, bajo cualquier acción de terceros contra cualquier otra persona o entidad o bajo cualquier otro plan de beneficios o programa (de ahora en adelante referido como Beneficios) por este o cualquier otro período de hospitalización y el tratamiento relacionado como paciente ambulatorio.

Yo entiendo y reconozco que esta asignación no me exime de mi responsabilidad financiera de todos los gastos hospitalarios ni de los cargos de los médicos tratantes incurridos por mí o por cualquier otra persona en mi nombre y por este medio acepto tal responsabilidad, incluyendo pero sin limitarse al pago de los honorarios y cargos no reembolsados directamente al hospital y médicos tratantes por cualquier plan o programa de beneficios. Además, acepto pagar todos los costos del cobro, honorarios de abogados razonables y costas de tribunal para hacer cumplir esta obligación de pago.

AUTORIZACIÓN PARA PROCESAR RECLAMOS Y DIVULGAR INFORMACIÓN:

Yo autorizo a Gwinnett Hospital System y a los médicos o corporaciones profesionales contratistas independientes que me prestan servicios o que procesan reclamos para el pago a través de mi compañía de seguros en mi nombre para los servicios cubiertos que me proporcionen en Gwinnett Hospital System. Autorizo la divulgación de la información necesaria que incluye la información médica con relación a los servicios médicos prestados durante esta admisión o cualquier servicio o reclamo relacionado, a mi compañía(s) aseguradora(s), incluyendo cualquier plan de atención administrada u otro pagador, ex empleado o empleado actual, Medicare, CHAMPUS/TRICARE, entidades de revisión privadas autorizadas o entidades de revisión de utilización que actúan en nombre de tales compañías aseguradoras, pagadores, planes de atención administrada o empleados, los agentes de facturación y agentes de cobro o abogados de Gwinnett Hospital Systems o los médicos o corporaciones profesionales contratistas independientes, la aseguradora de Compensación de trabajadores lesionados de mi empleador y según aplique, la Administración del Seguro social, la Health Care Financing Administration (Administración financiera de atención médica), Peer Review Organization (Organización de revisión por pares) que actúa en nombre del gobierno federal y cualquier otra agencia federal o estatal cuyo propósito sea satisfacer los cargos cobrados o la facilitación de la revisión de utilización o para cumplir de otra manera con las obligaciones de la ley federal o estatal. Por este medio se otorga la autorización para divulgar los datos de registros médicos o copias a mis profesionales de atención médica o de admisión o profesional consultor de atención médica o cualquier profesional de atención médica al que se me refiera para atención de seguimiento. Además autorizo a Gwinnett Hospital System y a cualquier otro proveedor de atención médica o profesional que me preste servicios a obtener el historial médico de cualquier fuente, exámenes, diagnósticos, tratamientos y otra información de autorización de seguro o de salud para propósitos de satisfacer los cargos cobrados o la facilitación de la revisión de utilización, proporcionar tratamiento médico o la evaluación de dicho tratamiento o para cumplir de otra manera con las obligaciones de la ley federal o estatal. Se puede aceptar una copia de esta autorización.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO:

Yo certifico que la información que proporcione en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del seguro social es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de la información médica u otra información sobre mí a que divulgue a la Administración del seguro social o sus intermediarios o aseguradoras cualquier información necesaria para este o un reclamo RELACIONADO con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

Entiendo que mi firma cubre las visitas al CENTER FOR CANCER CARE por 365 días a partir de la fecha de la firma de este formulario.

FIRMADO: _____
Paciente/representante del paciente Parentesco si no firma el paciente Fecha

TESTIGO: _____

Razón si no puede firmar: _____