

1. Responsabilidad financiera

En consideración de los servicios prestados, o por prestar al paciente, el infrascrito, ya sea el paciente, pariente del paciente, tutor legal del paciente, representante, agente u otro individuo o entidad, por el presente se obliga individualmente con el hospital, los médicos, cirujanos, médicos del departamento de emergencia, radiólogos, patólogos, anesthesiólogos y consultores involucrados en el cuidado del paciente, y se compromete a pagar por todos y cada uno de los cargos y gastos incurridos o a incurrirse. Se acuerda y entiende que a pesar de todos y cada uno de los beneficios/dineros asignados, yo, como la parte responsable designada, soy responsable del costo total de los servicios prestados, y además convengo que todas las cantidades son debidas a petición y son pagaderas al hospital, a los debidos médicos, cirujanos, médicos del departamento de emergencia, radiólogos, patólogos, anesthesiólogos y consultores involucrados en el cuidado del paciente, y me comprometo a pagar por todos y cada uno de los cargos y gastos incurridos o a incurrirse. Se acuerda y entiende, además, que si esta cuenta se vence y se hace necesario pasar la cuenta a un abogado o una agencia de cobranzas para el cobro o demanda legal, yo, como la parte o entidad responsable designada, pagaré todos los cargos del paciente, los honorarios justos del abogado y los gastos de cobro. Convengo en que si esta cuenta resulta con un crédito a favor, la cantidad de crédito se aplicará a cualesquiera cuentas pendientes, ya sean corrientes o de deuda incobrable. A todas las cuentas atrasadas se les puede cobrar interés hasta el porcentaje máximo permitido por la ley.

2. Asignación de beneficios al hospital y a los medicos de planta del hospital

En consideración de los servicios prestados, o por prestar, yo por el presente asigno y transfiero al hospital, y a los médicos de planta del hospital (esto es, radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, médicos del departamento de emergencia) todos los derechos, títulos e intereses en todos los beneficios/dineros pagaderos por los servicios/provisiones prestados, incluidos, pero sin limitarse a, los beneficios/seguros de grupo médico/indemnización/ autoseguro/ERISA, PIP, UIM/UM, seguro de propietario de casa/auto, y en todas las causas de acción legal contra cualquier parte o entidad que puedan ser responsables del pago de beneficios/dineros, a pesar de si eventualmente resuelvo o no, mi reclamo con una estipulación de no admisión de responsabilidad. Comprendo plenamente que en el caso de que el hospital, y/o los médicos de planta del hospital presenten una reclamación en mi nombre, la misma no impone ninguna obligación contractual ni de otra forma, al hospital, y/o a los médicos de planta del hospital, y eso, a pesar de la naturaleza irrevocable de esta Asignación de Causa de Acción y Beneficios. Yo sigo responsable completamente de establecer, y estoy expresamente autorizado por el hospital y médicos de planta del hospital a establecer demanda dentro de los estatutos de limitaciones aplicables. Autorizo al hospital, y/o a los médicos de planta del hospital a apelar cualquier negación bajo la estipulación de mis derechos de apelación. Por el presente se conviene y entiende que cualquier condición precedente, subsecuente o de otra forma, incluyendo, pero sin limitarse a, la precertificación, preautorización, o segundas opiniones, seguirán como responsabilidad exclusiva del paciente y/o de la familia del paciente, del tutor legal, del representante o del agente del paciente. Además, entiendo que el dejar de precertificar podría resultar en pagos reducidos de la compañía de seguros del paciente, dejando al infrascrito la responsabilidad financiera de la parte no reembolsada de la cuenta del paciente. Se conviene y entiende, además, que la obtención de verificación de beneficios y/o precertificación, en ninguna forma o manera libera al paciente o la familia del paciente, a otros individuos o entidades que firmen a nombre del paciente, de cualquier responsabilidad de la obligación financiera por bienes y servicios prestados o a prestar al paciente por el hospital, y/o los médicos de planta del hospital, y cualquier otro médico asociado. Entiendo y convengo plenamente que el hospital, y/o a los médicos de planta del hospital tendrán derecho a pago completo, cuando se involucra un accidente de terceros, a pesar de cualesquiera beneficios pagaderos por un pagador de cuidado administrado en mi nombre cuando un tercero carga con la responsabilidad primaria.

3. Asignación de causa de accion legal y beneficios

Yo, por consideración valiosa y buena, recibo de la cual se reconoce en el presente, asigno y transfiero irrevocablemente, al hospital, todos y cada uno de los reclamos, demandas, litigios, remedios, garantías, embargos y/o causas de acción, por derecho o en equidad, ya sea en contrato o en juicio civil, estatutarios o de otra forma, hasta el punto permitido por la ley, como también cualquier otro reclamo, en todo o en parte, que yo pueda tener ahora, o pueda tener o poseer en el futuro, conocido o desconocido, a causa de, resultante de, relacionados con o concernientes a, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente, a cualesquiera actos, omisiones, eventos, transacciones o acontecimientos que hayan ocurrido o dejado de ocurrir, que dieron como resultado mis heridas o daños por los cuales el hospital me ha provisto y/o proveerá bienes y servicios médicos. Esta Asignación de Causa de Acción Legal y Beneficios será efectiva contra todas y cada una de las partes o entidades que puedan llevar o parezcan llevar responsabilidad de mis daños, incluyendo pero sin limitarse a, mi empleador, sus subsidiarios, directos e indirectos, todos sus funcionarios, directores, agentes, sirvientes, sucesores, asignados y empleados. Yo, además, asigno y transfiero al hospital, todos y cada uno de los derechos (inclusive los derechos de apelación), títulos e intereses en todos y cada uno de los beneficios, dineros u otras formas de compensación pagados o a pagarse en mi nombre como resultado de esta lesión/enfermedad. Entiendo bien que, prescindiendo de la naturaleza irrevocable de esta Asignación de Causa de Acción y Beneficios, sigo como el único responsable de entablar, y estoy expresamente autorizado por el hospital para entablar acción judicial, dentro de los estatutos aplicables de limitaciones, y que el hospital de ninguna manera o forma es responsable de entablar acción judicial en mi nombre. Entiendo y convengo en que esta Asignación no me libera de ninguna responsabilidad u obligación de todos y cada uno de los cargos incurridos como resultado de los bienes y servicios médicos que el hospital me haya provisto.

4. Entrega del informacion/registros medicos

Yo, por el presente consiento y autorizo al hospital y a cualquier practicante, ya sea agente o contratista independiente del hospital, que provee bienes y servicios médicos al paciente a entregar la información contenida en cualquier registro financiero y/o registros médicos, incluyendo diagnósticos y tratamiento en el hospital, o por cualquier practicante que provea bienes y servicios médicos al paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, la información concerniente a enfermedades contagiosas tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), abuso de drogas/alcohol, registros de diagnóstico y tratamiento psiquiátricos y/o resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, progreso del tratamiento, y/o cualquiera otra información relacionada a: (1) La Compañía de Seguros, plan de salud o de autofinanciamiento, sus agentes, representantes, abogados o contratistas independientes; (2) Medicare; (3) Medicaid; (4) cualquier otra persona entidad que pueda ser responsable del pago o procesamiento del pago de alguna parte de mi cuenta del hospital; (5) a cualquier persona o entidad afiliada con el hospital o que lo represente y a cualquier practicante que provea bienes y servicios médicos al paciente con el fin de administración, facturación y manejo de calidad y riesgos; o (6) a cualquier otro hospital, clínica de reposo, u otra institución de cuidado médico en la cual el paciente recibe tratamiento. Este consentimiento y autorización se aplica a registros financieros y/o médicos creados en el curso de esta hospitalización, relacionados con ella, u otra subsecuente. Entiendo que se puede pedir la entrega de esta información para obtener el pago de mis gastos médicos incurridos por tratamiento en el hospital y por cualquier practicante que provea bienes y servicios médicos al paciente. También autorizo la entrega de información médica a servicios de trasplante de órganos si se identifica al paciente como donante posible de órganos. El consentimiento para entregar información médica está sujeto a revocación por escrito en cualquier momento, excepto al punto que se haya tomado la acción. Además, entiendo que, a menos que autorice por escrito al hospital de lo contrario, el hospital puede entregar información de directorio perteneciente a mí sin mi consentimiento.

