

## AGRADECIMIENTOS DE ADMISIÓN DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

### El Centro de Cirugía

Ambulatoria Methodist Mansfield respeta el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. Tenga en cuenta que la política de nuestro centro sobre directivas anticipadas es que se iniciarán los esfuerzos de soporte vital y el paciente será transferido a un centro de atención de nivel superior donde se puedan promulgar sus directivas anticipadas. Si desea información sobre el desarrollo de Directivas Anticipadas, por favor pregunte y se le proporcionará información.

\_\_\_ I tienen una Directiva Anticipada ☐

\_\_\_ he presentado una copia a MMASC ☐

\_\_\_ I NO presenté una copia a MMASC

\_\_\_ I NO tienen una Directiva Anticipada ☐

\_\_\_ I desea información sobre las Directivas Anticipadas ☐

\_\_\_ I NO desea información sobre las Directivas Anticipadas ☐

\_\_\_ I recibido información sobre las Directivas Anticipadas

\_\_\_ I tiene un poder notarial médico (iniciales) Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una copia de mis directivas anticipadas al Centro. (\*Nota del personal del centro: El área sombreada indica que se requiere documentación de seguimiento de directivas anticipadas).

\_\_\_ (Iniciales) **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** He recibido información por escrito sobre mis derechos y responsabilidades como paciente. Esta información me indica cómo registrar las quejas que pueda tener.

\_\_\_ (Iniciales) **MIS OBJETOS DE VALOR:** Entiendo que el Centro no asume responsabilidad por la propiedad personal que pueda mantener conmigo durante mi tratamiento/procedimiento quirúrgico. Entiendo que los artículos innecesarios deben enviarse a casa.

\_\_\_ (Iniciales) **MEDICAMENTOS:** Si tengo medicamentos personales conmigo, entiendo que es posible que no los tome, pero se los daré a un familiar.

### ACUERDO FINANCIERO Y CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

En consideración por los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente, el abajo firmante se obliga individualmente a la cuenta del Centro de acuerdo con las tarifas y términos regulares del Centro, independientemente de si los pagos del seguro están disponibles o se realizan en mi nombre. En el caso de que sea necesario remitir la cuenta a cualquier abogado o agencia de cobro para su cobro, por la presente acepto pagar los honorarios razonables del abogado y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas, a opción del Centro, devengan intereses a la tasa legal. Hasta que mi(s) cuenta(s) se liquide finalmente, doy mi consentimiento directo para recibir comunicaciones con respecto a mi(s) cuenta(s) de cualquier administrador y cualquier cobrador de mi(s) cuenta(s), a través de varios medios, como 1) cualquier número de celular, teléfono fijo o de texto que proporcione, 2) cualquier dirección de correo electrónico que proporcione, 3) sistemas de marcador automático, , 4) mensajes de correo de voz y otras formas de comunicación. En consideración a los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente, el abajo firmante autoriza el pago directo de cualquier beneficio del seguro al Centro mencionado anteriormente que de otro modo me sería pagadero por esta admisión. Transfiero y cedo todos los derechos, títulos e intereses en la póliza de seguro mencionada anteriormente y cualquier pago que se me adeude al Centro mencionado anteriormente. Entiendo y acepto que soy responsable de proporcionar cualquier información requerida por mi compañía de seguros y acepto seguir las pautas de preadmisión y preautorización que la compañía de seguros pueda requerir. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no están cubiertos por el seguro, incluidos, entre otros, copagos, deducibles, cargos que excedan la cobertura de la póliza y limitaciones o exclusiones de la cobertura.

**Médico que presta servicios:** Entiendo que los médicos, incluido mi médico de admisión, así como otros, como patólogos, radiólogos o anestesiólogos, que puedan proporcionar diagnóstico, atención o supervisión de pruebas mientras estoy en MMASC me facturarán por separado del Centro, y que algunos o todos estos pueden no estar cubiertos por los mismos planes de salud que el Centro. y seré responsable de pagar a estos médicos, sujeto a los términos de cualquier plan de salud o seguro que pueda tener.

**Si la persona que firma este formulario no es el paciente, indique su nombre completo, número de teléfono y dirección:**

\_\_\_\_\_

**He leído y entiendo esta información.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ representante legalmente autorizado \* Relación con el paciente Razón El paciente no puede firmar Fecha/Hora de la firma

\_\_\_\_\_  
Título del testigo Fecha/Hora de la firma