

Nombre

FDN

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/ DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/AVISO DE PRIVACIDAD**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Mediante el presente documento, solicito y autorizo a Chico Breast Care Center (CBCC, por sus siglas en inglés), sus consultorios médicos y proveedores, incluyendo a sus doctores, técnicos, enfermeras y otros miembros del personal calificados a efectuar los servicios de evaluación y tratamiento según sean necesarios y conforme al juicio de los médicos intervinientes. Reconozco, además, que nadie podrá realizar una garantía con respecto a los resultados de tratamientos, exámenes o procedimientos.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** He recibido, leído y entendido el Aviso de las Prácticas de Privacidad, el cual incluye una descripción más detallada de los usos y las divulgaciones de mi información de salud por parte de Chico Breast Care Center. Mis preguntas sobre el Aviso de las Prácticas de Privacidad han sido respondidas. Y entiendo que Chico Breast Care Center tiene derecho a cambiar su Aviso de las Prácticas de Privacidad ocasionalmente y que puedo contactarlos en cualquier momento y solicitar una copia de dicho aviso o visualizarlo en [SITIO WEB].

**ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SEGURO:** Certifico que toda la información suministrada a Chico Breast Care Center es fiel y correcta. Y por el presente autorizo al pago de cualquier beneficio de salud realizado en mi nombre directamente al proveedor de servicio(s) de Chico Breast Care Center por aquellos servicios prestados. Autorizo e instruyo a Chico Breast Care Center a divulgar cualquier información médica a mi aseguradora de salud y/o sus agentes legítimos, que sea necesaria para procesar los reclamos del seguro de salud correspondientes y/o para verificar los beneficios de los planes conforme a los estándares sobre información de salud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y al Aviso de las Prácticas de Privacidad de Chico Breast Care Center.

**RESPONSABILIDAD DE LA PRE-AUTORIZACIÓN:** Entiendo que la aseguradora será responsable de revisar los cursos de tratamiento previstos. Y entiendo que si la aseguradora determina que el plan de tratamiento es necesario y adecuado y autoriza los servicios, entonces los beneficios de mi plan de salud estarán disponibles conforme a las condiciones de la póliza. No obstante, si la autorización es rechazada, los beneficios serán retenidos. Entiendo que obtener una autorización previa es responsabilidad del paciente, de la parte económicamente responsable y/o del médico que remite. También entiendo que seré económicamente responsable por todos y cada uno de los cargos inherentes incurridos como resultado de este plan de tratamiento, en caso de que la aseguradora se niegue a otorgar una autorización previa del tratamiento o determine retrospectivamente que un servicio específico fue inadecuado, o si la autorización se efectúa muy tarde como para ser válida. Entiendo que, para protegerme de cualquier obligación financiera innecesaria, debo revisar mis obligaciones con mi aseguradora y médico personal antes de mi cita.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Entiendo que Chico Breast Care Center (CBCC) está actuando únicamente como agente para procesar los beneficios del seguro asignados al mismo; no obstante, Chico Breast Care Center no asume ninguna responsabilidad para garantizar el pago de los cargos amparados. Entiendo que mi aseguradora estará siendo facturada como una cortesía y que yo seré económicamente responsable de los cargos no amparados por la asignación de beneficios. Un cargo de esta naturaleza pudiese ser mi responsabilidad

como paciente según se determine como un deducible, coaseguro o copago requerido por mi aseguradora. Chico Breast Care Center podrá exigir un pago adelantado por el estimado que será responsabilidad de paciente. Entiendo que cualquier suma cobrada por Chico Breast Care Center será considerada únicamente como un estimado hasta el momento en que el reclamo sea completamente procesado por mi aseguradora. Acepto realizar el pago completo inmediatamente después de recibir una factura de Chico Breast Care Center, independientemente de si es una factura provisional o definitiva. En caso de incumplir con el pago completo o con cualquier acuerdo de pago efectuado con la aprobación de Chico Breast Care Center, entonces entiendo que podrán tomarse las medidas de cobranza correspondientes.

CONSENTIMIENTO PARA NOTIFICARME MEDIANTE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS (OPCIONAL): Al proporcionar mis números de teléfono y colocar mis iniciales en la línea debajo, entiendo y acepto que Chico Breast Care Center podrá contactarme usando llamadas automáticas, correos electrónicos y mensajería de texto enviados a mi línea fija y dispositivo móvil. Estas comunicaciones podrán notificarme de cuidado preventivo, resultados de pruebas, recomendaciones de tratamiento, saldos pendientes o cualquier otra comunicación proveniente de Chico Breast Care Center relacionada con mi salud. **Entiendo que dejarán instrucciones detalladas e información personal en los números de teléfono suministrados.** Entiendo que puedo optar voluntariamente por ser incluido para recibir comunicaciones por mensajes de texto automáticos de Chico Breast Care Center y sus asociados al suministrar mi número móvil a continuación, y acepto a cualquier otro término y condición adicional establecida por mi proveedor de servicio móvil. De aceptar recibir mensajes de texto, entiendo que puedo optar por ser excluido en cualquier momento respondiendo con el mensaje ALTO.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD SOBRE EFECTOS PERSONALES DE VALOR: He sido informado y entiendo que ninguno de los consultorios médicos y oficinas de Chico Breast Care Center ofrecen facilidades para guardar objetos de valor. Por el presente libero a Chico Breast Care Center de cualquier responsabilidad por pérdida o daños de cualquier objeto de valor que yo, o cualquier otro acompañante, pueda llevar a un consultorio, oficina o centro de Chico Breast Care Center.

Yo, o mi representante legal, certifico(a) que he leído el presente documento, que el mismo se me ha explicado detalladamente y que entiendo su contenido, y por el presente acepto todos los términos y las condiciones establecidas anteriormente y acuso recibo de una copia, en caso de solicitarse. Por el presente autorizo que las fotocopias de este formulario tengan la misma validez que el original.

---

Firma del paciente o progenitor/tutor legal/representante autorizado      Fecha