



Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
2710 E Harney St. Suite 202 | Laramie, WY 82072

UW Family Practice | (307) 234-6161
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine | (307) 632-2434
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Acuerdo financiero del paciente:

La información provista en el formulario de registro del paciente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Solicito a Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW) que suministre atención médica a mí y a mi familia. Acepto las responsabilidades de pago por este servicio de acuerdo con las tarifas establecidas. Además, autorizo que se pague a EHCW la asignación de beneficios por servicios médicos. Igualmente autorizo a EHCW a cobrarle a mi aseguradora vía electrónica a través de una agencia de facturación y a suministrar cualquier información médica necesaria para procesar reclamos. En caso de que se realicen radiografías o exámenes de laboratorio durante mi visita, autorizo a EHCW a suministrar información del paciente a agencias externas para fines relacionados con la facturación de los exámenes realizados. Estoy de acuerdo con que los números de teléfono suministrados por mí puedan ser utilizados por el personal de la clínica o sus representantes como formas de contactarme para temas relacionados con atención médica o negocios.

Entiendo que se espera que yo suministre toda la información requerida para determinar mi elegibilidad para la escala de descuentos en las tarifas dentro de una semana posterior a mi visita. Si no suministro la información financiera adecuada, entiendo que se exigirá el pago completo de los servicios ofrecidos. Entiendo que deberé actualizar toda la información financiera cada doce meses para mantener mi elegibilidad a cualquier escala de descuentos en las tarifas y que debo actualizar inmediatamente mi información financiera si mi situación económica cambia.

Entiendo que todas las escalas de tarifas, copagos, deducibles y coaseguros son mi responsabilidad y que estos cargos deben pagarse en el momento del registro en la fecha del servicio. Entiendo que pueden existir cargos adicionales después de la cita con mi proveedor de servicios y que esos cargos van por mi cuenta.

Entiendo que, si poseo algún seguro, el pago de los servicios es mi responsabilidad final y que EHCW envía la factura a la compañía de seguros como una cortesía hacia mí. Entiendo que puedo recibir facturas por separado por parte de agentes externos como laboratorios, patólogos, radiólogos y que estos cargos son mi responsabilidad.

Entiendo que, si no puedo pagar la factura en su totalidad, debo acordar cuotas de pago con el personal de facturación antes de que se cumplan los 90 días posteriores al vencimiento. Si la factura cumple los 90 días de vencida sin un plan de pago por escrito, la factura será enviada inmediatamente al departamento de cobranzas sin notificaciones previas.

Entiendo que es mi responsabilidad mantener a EHCW informado de mi dirección actual y mi número telefónico. Si un estado de cuenta mensual es devuelto a EHCW como "no pudo entregarse" o "dirección incorrecta" y EHCW no logra contactarme vía telefónica, entiendo que mi cuenta será enviada al departamento de cobranzas.

Entiendo que, si giro un cheque con fondos insuficientes, debo pagar ese cheque y un arancel de \$15 en efectivo tarjeta de crédito únicamente y entiendo que las siguientes transacciones solo se realizarán en efectivo o tarjeta de crédito hasta tanto se pague el cheque de fondos insuficientes y el arancel.

EHCW es una organización sin fines de lucro, sin embargo, debemos cobrar a los pacientes para continuar brindando el servicio a quienes lo necesitan. Entiendo que EHCW no es una "clínica gratuita."

Autorización para obtener historial de medicación

Mediante mi firma, autorizo al Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW) a obtener el historial de medicación del paciente de Farmacias Comunitarias o Administradores de Beneficios Farmacéuticos con el propósito de tratamientos continuados.

Firma de Paciente, Padre/Tutor legal

Fecha

Imágenes fotográficas:

Autorizo al Programa de Centro Educativo de Salud de Wyoming (EHCW) a usar mi imagen o la de mi(s) dependiente(s) en mi/su historia médica electrónica. Si No Iniciales _____

Entiendo que, si selecciono NO, debo presentar una IDENTIFICACIÓN CON FOTO en cada visita.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído y entendido la información anteriormente mencionada sobre el Acuerdo financiero, el Aviso de prácticas de confidencialidad y el uso de mi imagen fotográfica o la de mi(s) dependiente(s).

De la misma manera, certifico que he recibido el Paquete de información de registro que contiene los siguientes documentos:

- Derechos y responsabilidades del paciente.
- Derechos y responsabilidades de EHCW.
- Documento de responsabilidad financiera.
- Política de citas.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

Padre/Tutor legal/Representante autorizado legalmente

Relación

Fecha