

New Patient Financial Consent

Dignity Health is contracted with various health insurance plans, including but not limited to Medicare, Medicaid, and other commercial insurance plans. If your insurance plan is contracted with Dignity Health, Dignity Health will file a claim on your behalf for the services you receive. If your health insurance is not contracted with Dignity Health, you are responsible to pay in full at the time service is rendered.

You should have an agreement with your insurance regarding your financial responsibility for medical treatment. It is important that you understand your insurance coverage. You are liable for any out of pocket expenses including but not limited to deductibles, co-insurances, co-pay's and/or services not covered by your insurance plan. Some insurance plans also require a prior-authorization for a referral. Dignity Health will help obtain your prior authorization for referral, however you are responsible to ensure the required authorization is provided in advance. Payment for cosmetic services are due in full at the time of service.

Depending on your insurance coverage at the time of your visit to the Dignity Health practice, you may be required to make a deposit on your account before seeing your clinician. Deposits will be applied toward charges incurred but may not fully cover the services you receive. There may be additional charges if you receive an x-ray, supplies, or if more complex services are required for treatment.

In some instances Dignity Health cannot bill your insurance carrier. This includes cases involving auto accidents or insurance liens. However, Dignity Health can provide all of the information necessary to submit a claim to your insurance should one of these instances apply.

It is your responsibility to ensure that all services rendered by Dignity Health on your behalf are paid in full within thirty (30) days of the statement date. Please note that, with the exception of errors, Dignity Health does not change the reason for your services (billing codes) once they have been submitted to your insurance company.

Please understand that you are ultimately responsible for the payment of the medical bill. If it becomes necessary for Dignity Health to collect payment, you understand that you will be responsible for legal costs, including attorney's fees.

You are consenting that payments from authorized Medicare, Medicaid, Government and any other insurance or third-party benefits can be made on your behalf, and/or on behalf of all members covered under your insurance plan, directly to Dignity Health for services provided.

Consentimiento financiero del nuevo paciente

Dignity Health está contratada con varios planes de seguro médico, incluyendo pero no limitado a Medicare, Medicaid y otros planes de seguro comercial. Si su plan de seguros está contratado con Dignity Health, Dignity Health presentará un reclamo en su nombre por los servicios que usted reciba.

Si su seguro médico no está contratado con Dignity Health, usted es responsable de pagar en su totalidad en el momento de la prestación del servicio.

Debe tener un acuerdo con su seguro sobre su responsabilidad financiera para el tratamiento médico. Es importante que entienda la cobertura de su seguro. Usted es responsable de cualquier gasto de su bolsillo, incluyendo pero no limitado a deducibles, coseguros, copagos y/o servicios no cubiertos por su plan de seguro. Algunos planes de seguro también requieren una autorización previa para una derivación. Dignity Health ayudará a obtener su autorización previa para la derivación, sin embargo, usted es responsable de asegurarse de que la autorización requerida sea proporcionada con antelación. El pago de los servicios cosméticos se debe pagar en su totalidad en el momento del servicio.

Dependiendo de la cobertura de su seguro en el momento de su visita al consultorio de Dignity Health, es posible que se le requiera hacer un depósito en su cuenta antes de ver a su médico. Los depósitos se aplicarán a los cargos incurridos, pero puede que no cubran completamente los servicios que reciba. Puede haber cargos adicionales si recibe una radiografía, suministros o si se requieren servicios más complejos para el tratamiento.

En algunos casos Dignity Health no puede facturar a su compañía de seguros. Esto incluye los casos de accidentes automovilísticos o los embargos de seguros. Sin embargo, Dignity Health puede proporcionar toda la información necesaria para presentar una reclamación a su seguro en caso de que se produzca uno de estos casos.

Es su responsabilidad asegurarse de que todos los servicios prestados por Dignity Health en su nombre sean pagados en su totalidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la declaración. Tenga en cuenta que, con la excepción de los errores, Dignity Health no cambia el motivo de sus servicios (códigos de facturación) una vez que han sido presentados a su compañía de seguros.

Entienda que usted es el responsable final del pago de la factura médica. Si es necesario para Dignity Health cobrar el pago, usted entiende que será responsable de los costos legales, incluyendo los honorarios de los abogados.

Usted está consintiendo que los pagos de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid, el Gobierno y cualquier otro seguro o de terceros puedan hacerse en su nombre, y/o en nombre de todos los miembros cubiertos por su plan de seguros, directamente a Dignity Health por los servicios prestados.

Consent to Treat

You (or you as personal representative on behalf of your dependent/minor, as a parent or authorized adult) consent to health care, including routine diagnostic procedures and other health services provided by Dignity Health, and its duly authorized agents and staff.

You understand that the practice of medicine and surgery and the rendering of health care is not an exact science and that no guarantees have been made regarding the results of treatments, examinations or other health services rendered by Dignity Health.

Telecom Agreement

By signing this form, you agree that Dignity Health (its affiliates, and those acting on its/their behalf) may call or text. The types of calls or texts you may receive include those concerning the patient's care, payments, scheduling, reminders, prescriptions, advertisements or telemarketing messages concerning our benefits and services. Calls can be made to any number you provide, or Dignity Health obtains, even if listed on a national or state Do Not Call registry. You understand that consent is not a condition of care.

By supplying your home phone number, mobile phone number, email address, and any other personal contact information, you authorize your health care clinician to employ a third-party automated outreach and messaging system to use your personal information, the name of your care clinician, the time and place of your scheduled appointment(s), and other limited information, for the purpose of notifying you of a pending appointment, a missed appointment, overdue wellness exam, balances due, lab results, or any other health care related function. You also authorize your healthcare clinician to disclose to third parties, who may intercept these messages, limited protected health information (PHI) regarding your healthcare events. You consent to the receiving, when necessary, multiple messages per day from your healthcare clinician. You consent to allow detailed messages to be left on your voice mail, answering system, or with another individual, if you are unavailable at the number provided.

Dignity Health respects your privacy and will not share your contact information other than for the purposes outlined above.

Late Patient/No Show Policy

Our goal at Dignity Health is to maximize the time your clinician spends with you and minimize your wait time. In order to do so, Dignity Health has a standardized policy for no shows, cancellations, and late arrivals.

You understand that you can request a copy of the late patient/no show policy which includes discharging you from the office after a number of these incidents.

Consentimiento para el Tratamiento

Usted (o usted como representante personal en nombre de su dependiente/menor, como padre o adulto autorizado) consiente en la atención de salud, incluyendo los procedimientos de diagnóstico de rutina y otros servicios de salud proporcionados por Dignity Health, y sus agentes y personal debidamente autorizados.

Usted entiende que la práctica de la medicina y la cirugía y la prestación de servicios de salud no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías sobre los resultados de los tratamientos, exámenes u otros servicios de salud prestados por Dignity Health.

Acuerdo de telecomunicaciones

Al firmar este formulario, usted acepta que Dignity Health (sus afiliados, y aquellos que actúan en su nombre) puedan llamar o enviar un mensaje de texto. Los tipos de llamadas o mensajes de texto que puede recibir incluyen los relacionados con la atención del paciente, los pagos, la programación, los recordatorios, las recetas, los anuncios o los mensajes de telemarketing relacionados con nuestros beneficios y servicios. Las llamadas pueden hacerse a cualquier número que usted proporcione o que Dignity Health obtenga, incluso si está listado en un registro nacional o estatal de No Llamar. Usted entiende que el consentimiento no es una condición de la atención.

Al proporcionar su número de teléfono particular, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, usted autoriza a su médico a emplear un sistema automatizado de divulgación y mensajería de terceros para utilizar su información personal, el nombre de su médico, la hora y el lugar de su(s) cita(s) programada(s) y otra información limitada, con el fin de notificarle de una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar atrasado, saldos adeudados, resultados de laboratorio o cualquier otra función relacionada con la atención médica. También autoriza a su profesional clínico a revelar a terceros, que pueden interceptar estos mensajes, información médica protegida (PHI) limitada con respecto a sus eventos de atención médica. Usted consiente en recibir, cuando sea necesario, múltiples mensajes por día de su médico. Usted consiente en permitir que se dejen mensajes detallados en su buzón de voz, en el sistema de respuesta o con otra persona, si no está disponible en el número proporcionado.

Dignity Health respeta su privacidad y no compartirá su información de contacto más que para los propósitos arriba mencionados.

Política de paciente tardío/no presentarse

Nuestro objetivo en Dignity Health es maximizar el tiempo que su médico pasa con usted y minimizar su tiempo de espera. Para ello, Dignity Health tiene una política estandarizada de no presentación, cancelaciones y llegadas tardías.

Usted entiende que puede solicitar una copia de la política de paciente tardío/no presentado que incluye darle de alta del consultorio después de varios de estos incidentes.

PATIENT NAME: _____

DOB: _____

MRN: _____

Medication Refills

Please contact your preferred pharmacy to request medication refills. Once the request has been received, refills will be completed within 3 business days.

Patient Rights and Responsibilities

You understand that you can request a copy of the patient rights and responsibilities brochure.

Joint Notice of Privacy Practices for Health Information (NPP)

Effective April 14, 2003, the law requires that Dignity Health give every patient a copy of its Notice of Privacy Practices for Health Information. We will give you a copy at the time of first treatment and if we change our notice, thereafter at the next treatment visit. By signing below, the patient acknowledges receipt of such, or if you are the patient's personal representative, or authorized agent, or involved in patient's medical care, you acknowledge receipt of such.

Consent

Patient Name_____
Date_____
Patient/Guarantor/Responsible Party Signature_____
Guarantor/Responsible Party Name
(If signed by someone other than patient)

For Official Use

Dignity Health has provided a copy of the NPP to the patient (or personal representative) but was unable to obtain his or her written acknowledgment of receipt of such for the following reasons:

Dignity Health has attempted to provide to the patient (or personal representative) a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

Signature of Dignity Health Representative _____ Date _____

Print Name _____ Department _____

Reposiciones de medicamentos

Póngase en contacto con su farmacia preferida para solicitar la reposición de medicamentos. Una vez recibida la solicitud, las reposiciones se completarán en un plazo de 3 días hábiles.

Derechos y responsabilidades del paciente

Comprende que puede solicitar una copia del folleto de derechos y responsabilidades del paciente.

Aviso conjunto de prácticas de privacidad de la información médica (NPP, por sus siglas en inglés)

A partir del 14 de abril de 2003, la ley exige que Dignity Health entregue a cada paciente una copia de su Aviso de prácticas de privacidad para información de salud. Le entregaremos una copia en el momento del primer tratamiento y si cambiamos nuestro aviso, en la siguiente visita de tratamiento. Al firmar debajo, el paciente acusa recibo de los mismos, o si usted es el representante personal del paciente, o un agente autorizado, o participa en la atención médica del paciente, usted acusa recibo de los mismos.

Consentimiento

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente/garante/responsable

Nombre del garante/responsable
(Si firma otro en nombre del paciente)

Para uso oficial

Dignity Health ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) al paciente (o a su representante personal) pero no pude obtener el acuse de recibo por escrito por las siguientes razones:

Dignity Health ha intentado entregar una copia del NPP al paciente (o representante personal), pero no pude hacerlo por los siguientes motivos:

Firma del representante de Dignity Health _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Departamento _____