



SERVICIOS DE SALUD BENTON

Departamento de Salud del Condado Benton y Centro de Salud de la Comunidad Benton



Consentimiento del Cliente y Aceptación de los Reglamentos de la Clínica

Los servicios de Salud Benton (BHS por sus siglas en inglés) provee información que todos los clientes deben saber para tener la mejor experiencia posible. Por favor lea la información que se le provee para que entienda mejor nuestros reglamentos y sus derechos y responsabilidades como cliente.

Derechos y Responsabilidades del Cliente

Los clientes del BHS tienen ciertos derechos y responsabilidades que se explican en el folleto "Derechos y Responsabilidades del Cliente". Como cliente del BHS usted es responsable de cumplirlos. Hay también un folleto que describe el "Proceso de Quejas y Agravios del Cliente". Por favor comuníquese con nosotros de tener preguntas.

Reglamento Financiero y Consentimiento de Facturación

Los clientes son responsables de pagar los servicios por completo. Si usted tiene seguro médico, por favor traiga su tarjeta de seguro cada vez que reciba servicios. Los clientes son responsables de pagar los co-pagos requeridos por su seguro médico al momento del servicio. Usted también es responsable de pagar por servicios o cantidades que no estén cubiertas por su seguro. Si existe alguna preocupación sobre su porción o si usted no tiene ningún seguro médico usted puede solicitar el programa de Descuento en base a la Escala Salarial. Los programas que no tienen costos asociados a los servicios (ACIST, MCH, etc.) se excluyen de los reglamentos de pagos directos.

Se requiere que los clientes paguen, por lo menos, su porción de acuerdo al descuento de escala salarial o el copago de su seguro médico al momento de la visita. Si a usted le preocupa tener la habilidad de pagar el balance, le exortamos a hablar con el personal de la oficina de cobros para que haga un acuerdo de plan de pagos. Se cobrará \$12.50 por todos los cheques devueltos por insuficiencia de fondos (NSF por sus siglas en inglés) o si la cuenta del banco ya está cerrada.

El BHS devolverá balances en crédito de menos de \$5.00 sólo si son requeridos por el cliente. Si usted recibe un cheque de re-embolso por una cantidad de \$20.00 o menos y no lo cambia en 90 días, usted perderá la cantidad como un cargo por servicio según los reglamentos del Estado de Oregón (OAR 98.311).

Asignación del Seguro

Al firmar abajo, yo autorizo cualquier pago por beneficios médicos, de parte de mi seguro médico, a pagarse directamente al BHS. Si yo recibo un cheque por servicios proveídos por el BHS, yo acuerdo en enviarle el cheque al BHS como pago a mi cuenta. Si no le envío el cheque al BHS, yo entiendo que seré responsable de todos los cargos por los servicios recibidos, independientemente de la cubierta de mi seguro. El BHS no puede aceptar responsabilizarse de cobrar los reclamos de mi seguro o negociar un acuerdo en los reclamos que estén bajo una disputa.

Name _____

Client # _____ DOB _____

Se pueden añadir cargos financieros a mis cuentas, incluyendo aquellos que serán pagados finalmente por medio de los beneficios médicos. Los costos de los servicios de Salud Benton no serán los mismos como los que paga Medicare, Medicaid, Tricare, VA, etc.

Información de Laboratorio

El personal de los servicios de Salud Benton realiza algunos de los exámenes de laboratorio en la clínica mientras que otros laboratorios se envían afuera. Los pacientes recibirán facturas separadas por los exámenes realizados por laboratorios de afuera y serán responsables de pagarle a los proveedores de laboratorios.

Sólo para Clientes de Salud Mental

Al poner mis iniciales abajo, yo certifico que he discutido con mi proveedor lo siguiente:

_____ Información sobre el tratamiento, acceso a los servicios bajo crisis, y reglamentos de asistencia

_____ Alternativas disponibles para el tratamiento

_____ Uso de las Directrices de Salud Mental

_____ Firma del Proveedor

Aceptación de Paciente y Autorización

Por medio de la lectura y al firmar este formulario yo acepto mis derechos y responsabilidades como cliente y doy consentimiento para el tratamiento y los servicios que provee Servicios de Salud Benton. Yo acepto completamente la responsabilidad por todos los cargos, estén cubiertos o no, por un seguro médico. Yo autorizo al BHS a emitir toda la información necesaria que mi compañía aseguradora necesite para hacer pagos. Yo he leído y he entendido la información arriba mencionada y por la presente doy autorización a que los pagos, de parte de la aseguradora, por los beneficios médicos realizados se hagan directamente al BHS.

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Fecha

Nombre Impreso

Firma del Menor (si aplica)

Firma del Testigo (Requerida para el menor de arriba)