



SERVICIOS DE SALUD BENTON

Departamento de Salud del Condado Benton
Centro Comunitario de Salud Benton



Name _____

Client # _____ DOB _____

Consentimiento del Cliente y Aceptación de los Reglamentos de la Clínica

Los Servicios de Salud Benton (BHS, por sus siglas en inglés) proveen información que todos los clientes necesitan conocer de manera que su experiencia sea la mejor posible. Por favor lea la información que se le provee para que entienda mejor nuestros reglamentos y conozca sus derechos y responsabilidades como cliente.

Derechos y Responsabilidades del Cliente

Los clientes del BHS tienen ciertos derechos y responsabilidades los cuales se explican en el folleto "Derechos y Responsabilidades del Cliente". Usted es responsable de cumplirlos como cliente del BHS. También hay un folleto que describe el "Proceso Para Quejas y Protestas". Por favor comuníquese con nosotros si tiene cualquier pregunta.

Reglamento Financiero y Consentimiento de Facturas

Todos los clientes son responsables de pagar por completo todos sus servicios

Clientes con seguro médico: Por favor traiga su tarjeta de seguro médico en cada ocasión que reciba servicios. Usted es responsable de pagar su co-pago antes de recibir su servicio. Usted también es responsable de pagar por los servicios o las cantidades que su seguro no cubra. Si le preocupa el pago de esta porción, usted puede solicitar el Programa en Base de la Escala Salarial.

Asignación Para el Seguro Médico: Al firmar aquí abajo, Yo autorizo que cualquier pago por beneficios médicos de parte de mi seguro médico se haga directamente al BHS. El BHS no puede aceptar la responsabilidad de recolectar los reclamos de su seguro médico o de negociar un acuerdo sobre un reclamo que esté en disputa. Se pueden añadir cargos financieros a cualquier cuenta, incluyendo aquellos que al final serán pagados por los beneficios del seguro médico. Los cargos del BHS no pueden ser la misma cantidad que se recibe por reembolso de parte de Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, etc.

Clientes sin seguro médico: Se espera que los clientes paguen por lo menos el cargo mínimo antes de recibir el servicio. Cualquier balance adicional se recolectará durante el proceso de registro de salida. Si le preocupa el pago del balance completo al momento del registro de salida, usted puede solicitar el Programa en Base de la Escala Salarial en el registro de entrada o hablar con alguien de la Oficina de Facturas para crear un plan de pagos.

Clientes de Planificación Familiar: A estos clientes puede ser que no se les requiera pagar los co-pagos de seguros médicos o el cargo mínimo. Si le preocupa el pago del balance completo al momento del registro de salida, usted puede solicitar el Programa en Base de la Escala Salarial en el registro de entrada o hablar con alguien de la Oficina de Facturas para crear un plan de pagos.

Clientes de Salud Pública: A estos clientes puede ser que no se les requiera pagar el cargo mínimo. Los programas que no tienen cargos asociados a los servicios se excluirán de todos los requerimientos de las cuentas al cliente.

Se cobrará un cargo de \$12.50 por todos los cheques que nos devuelvan por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) o porque la cuenta de banco esté cerrada. El BHS hará devoluciones de dinero en crédito con balances de menos de \$5.00 por pedido solamente. Si usted recibe un cheque de una devolución de dinero de \$20.00 o menos y no

lo procesa dentro de 90 días, usted perderá esa cantidad a modo de cargo por servicio [OAR (Regulación del Estado de Oregon) 98.311].

Información de Laboratorio:

Análisis que se hacen en la clínica:

- Están incluidos para recibir descuento en el cálculo en Base de la Escala Salarial
- Como cortesía, el BHS los facturará a los seguros médicos

Análisis que se hacen en otros laboratorios fuera de la clínica

- **No** están incluidos para recibir descuento en el cálculo en Base de la Escala Salarial (excepto los clientes de Planificación Familiar)
- Como cortesía, los laboratorios fuera de la clínica los facturarán a los seguros médicos
- El BHS facturará a los clientes que no tienen seguro médico

Directrices Para Hacer Citas:

Nosotros valoramos su tiempo y su bienestar. Nosotros hemos separado tiempo para servirle en sus necesidades de salud. Por favor valore nuestro tiempo por medio de mantener sus citas. Si usted no puede mantener su cita, por favor notifíquenos 24 horas por adelantado. A los clientes que pierdan su cita sin habernos notificado por adelantado se les podría negar el privilegio de hacer citas por adelantado en el futuro.

Aceptación y Autorización del Paciente

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como un cliente y doy mi consentimiento para el tratamiento y los servicios prestados por los Servicios de Salud de Benton. Además, al firmar este formulario, aseguro que no he ocultado información de cobertura de seguro médico existente en el momento de este servicio y que no hay otra cobertura de seguro médica existente de lo que he proporcionado. Yo acepto la responsabilidad completa de todos los cargos sean o no cubiertos por el seguro médico. Yo autoricé a BHS para liberar toda la información necesaria a mi compañía de seguros médico para efectuar el pago. He leído y entendido la información anterior y doy mi autorización para que el pago de los beneficios del seguro médico se haga directamente a BHS por los servicios prestados.

Estoy de acuerdo en participar activamente en mi tratamiento y la educación clínica como un miembro activo del Cuidado Primario en Casa de Servicios de Salud de Benton y lo considero un hogar médico.

Solamente para Clientes de Salud Mental

Al poner mis iniciales aquí abajo, yo certifico que he discutido los siguientes aspectos con el proveedor de mi tratamiento:

- _____ Información del tratamiento, cómo acceder servicios para crisis, y los reglamentos de asistencia
- _____ Alternativas en el tratamiento que pudiesen estar disponibles
- _____ La utilización de las Directivas de Salud Mental

_____ Firma del Clínico

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde (Requerido)

Firma del Menor (si aplica)

Firma del Testigo (Requerido si es Menor)