

Name/Nombre: _____ DOB/ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento de Facturación

Cesión de Beneficios

Autorizo a **Finger Lakes Community Health** a presentar reclamaciones en mi nombre a mi proveedor de seguros. También autorizo que los pagos se realicen directamente a **Finger Lakes Community Health** por los servicios prestados a mí o a mis dependientes. Una copia de esta autorización puede utilizarse como firma válida para la cesión de beneficios.

Entiendo que seré responsable de pagar el saldo completo después de recibir los servicios, si elijo no asignar el pago por servicios a la instalación cambiando mi Médico de Atención Primaria (PCP).

Autorización para la Divulgación de Información con Fines de Facturación

Entiendo que **Finger Lakes Community Health** puede, en caso necesario, compartir mi información médica con fines de facturación con la compañía aseguradora. La información compartida generalmente se limita a lo estrictamente necesario para la reclamación, como el diagnóstico, el tratamiento proporcionado y el historial médico relevante.

Uso de Tarjeta de Crédito

Entiendo que **Finger Lakes Community Health** no me pedirá preautorizar un pago con tarjeta de crédito antes de que se brinden los servicios. Si elijo usar una tarjeta de crédito para el pago, reconozco que estoy renunciando a mis derechos relacionados con la deuda de atención médica bajo la ley del Estado de Nueva York (Artículo 49A de la Ley de Salud Pública de Nueva York), que establece que la deuda de atención médica no es reportable a las agencias de crédito. El uso de una tarjeta de crédito eliminará esta protección y cualquier deuda puede ser reportada a las agencias de crédito por mi proveedor de tarjeta de crédito.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por **Finger Lakes Community Health**. También soy responsable por cualquier copago de seguro aplicable, de deducibles o de servicios no cubiertos, a menos que sean cubiertos mediante asistencia financiera o el programa de escala de tarifas variable, (programa de descuentos), después de que se haya prestado el tratamiento.

Firmas - Paciente (o Padre/Tutor si es Menor):

Entiendo que mi consentimiento estará vigente mientras sea paciente de Finger Lakes Community Health o hasta que revoque mi consentimiento por escrito y lo entregue a un centro de salud de Finger Lakes Community Health. Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos descritos en este Consentimiento de Facturación.

Nombre del Paciente/Padre/Tutor

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha