



Name: \_\_\_\_\_

Prairie View Case Number: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DEL CONVENIO FINANCIERO Y DE FIRMAS

### Convenio Financiero y Asignación de los Beneficios

Yo entiendo que la póliza de seguros es un convenio entre mí compañía (o compañías) de seguros y que Prairie View no es parte del tal convenio. Prairie View y mi compañía (s) de seguros tienen el derecho de conversar sobre mis beneficios. Prairie View puede ayudarme a llenar los formularios necesarios para recibir los beneficios de mi compañía. Cualquier cantidad pagada a favor mío que sean directamente pagados a Prairie View serán abonados en mi cuenta.

### **MI FIRMA AL PIE DE LA PÁGINA SIGNIFICA:**

- Yo certifico que la información proporcionada incluyendo la información con respecto a los ingresos y la cobertura médica de terceros, es correcta.
- Yo claramente entiendo y acuerdo que los pagos por los servicios es responsabilidad mía y que cualquier cantidad deducible o la parte de ellos por la cual soy responsable serán pagados al recibir el tratamiento. Prairie View puede hacer contacto con la persona responsable por el paciente con respecto a la cuenta financiera.
- Yo pido que los pagos de beneficios autorizados por servicios proveídos por Prairie View serán hechos directamente a Prairie View. Si la compañía(s) de seguros me paga directamente a mí, prometo remitirlo puntualmente a Prairie View.
- Yo hago constancia de que he recibido una copia de la hoja sobre las Citas no Cumplidas y que se me cobrará por cualquier cita perdida.
- Yo hago constancia de que he recibido una copia del Aviso de Asuntos de Privacidad que describe la manera en la cual Prairie View emplea y divulga la información protegida. Si se modifica el aviso, un aviso revisado será presentado de una manera muy visible y copias impresas serán puestas a disposición sobre la petición.
- Yo hago constancia de que me han proporcionado información de Prairie View sobre los derechos y las responsabilidades del paciente y igualmente me han dado un detalle de cobros de Prairie View y me han explicado esta información.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente  
**Letras de imprenta**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representativo  
**Letras de imprenta**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representativo

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del Representativo  
(Tutor o poder)

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representativo de Prairie View

Fecha \_\_\_\_\_