

Agreement and Release Form

Consent For Medical Care: I consent to medical testing, care, and treatment by MHS and my physicians.

Assignment of Benefits: I hereby irrevocably assign payment to MHS and physicians accepting this assignment, of all hospitalization and medical benefits applicable and otherwise payable to me. Where Medicare and Medicaid benefits are applicable, I certify that the information given by me in applying for payment, under Title XVIII or XIX of the Social Security Act is correct, and request that said payment of authorized benefits are made on my behalf. I understand that I am financially responsible to MHS and physicians for charges which the carrier declines to pay. It is further agreed that any credit balance resulting from payment by my insurance or other sources may be applied to any other accounts owed to MHS by the insured or immediate family.

Release of Information for Payment Purposes: I hereby authorize and consent to Memorial Healthcare System's release of medical information to obtain payment as described in the MHS Privacy Notice. This consent includes, without limitation, present and future HIV test results and mental health records.

Obligation for Payment: I hereby agree to pay usual and customary charges for all services provided by Memorial Healthcare System and physicians to the patient, except those covered by insurance (which includes all commercial and government third party payors such as HMO's and Medicare). The Hospital will assist in insurance coverage matters, but I understand that it is my responsibility to comply with all requirements for insurance coverage. I agree to pay all charges that are not paid by insurance, including without limitation, a private room, personal items, cosmetic surgery, routine foot care, private duty nursing, custodial care, elective sterilization and transportation home via taxi or ambulance. In the event that I fail to fulfill any of the obligations in this section, I agree to pay any and all collection costs incurred by the Hospital in the enforcement of this section.

Release of Liability for Loss of Personal Property: All patients are advised to deposit their valuables in the Hospital's vault or send them home. I fully understand that because of the complex nature of hospital routine, the staff of the Memorial Healthcare System cannot give attention to any item of personal property, regardless of value. I further understand that I am responsible for any item I choose to keep with me including, but not limited to, such personal items as eyeglasses, dentures, cash, jewelry, or clothing, and that in the event of the loss of such items, I will not hold the Hospital responsible, but will personally assume any cost and expense incurred because of such loss. I also understand that any items which are left in the Hospital may be disposed of by the Hospital in thirty (30) days.

Professional Billing: Charges for physicians who provided your care and interpreted your tests are not included in your hospital bill. You will receive separate bills from physicians such as the emergency room physician, radiologist, pathologist, anesthesiologist, your attending physician and specialty consults.

Print Patient Name: Last, First, Initial

Date

Patient's Signature

Witness

OR

Signature of Patient's Legal Personal Representative

Relationship



FORMULARIO DE ACUERDO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Consentimiento para la atención médica: Autorizo a MHS y a mis médicos a realizar pruebas, tratamiento y cuidado médico necesarios.

Cesión de beneficios: Por la presente cedo irrevocablemente a MHS y a los médicos que reciban esta cesión, el pago de todos los beneficios médicos y de hospitalización correspondientes y pagaderos a mi persona. Si corresponde atribuir beneficios de Medicare y Medicaid, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago, bajo el Título XVIII o XIX de la Ley de Seguro Social, es correcta y solicito que dicho pago de beneficios autorizados se realice en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable ante MHS y los médicos por el pago de los cargos que la compañía aseguradora se niegue a pagar. Además entiendo que todo crédito que resulte del pago realizado por mi compañía aseguradora u otras fuentes puede aplicarse a cualquier otra cuenta adeudada a MHS por el asegurado o familiar inmediato.

Divulgación de información para fines de pago: Por la presente autorizo y consiento que Memorial Healthcare System divulgue información médica a fin de recibir pagos, según se describe en la Notificación de Privacidad de MHS. Este consentimiento incluye, sin limitaciones, los resultados presentes y futuros de pruebas de VIH y los antecedentes de salud mental.

Obligación de pago: Por la presente acepto pagar los cargos habituales y acostumbrados de todos los servicios brindados al paciente por Memorial Healthcare System y sus médicos, excepto aquellos que estén cubiertos por la compañía aseguradora (que incluye a todos los terceros comerciales y gubernamentales responsables de los pagos, como por ejemplo las HMO y el Medicare). El hospital iniciará las gestiones relacionadas con la cobertura de seguro médico, pero entiendo que es mi responsabilidad cumplir con todos los requisitos para obtener dicha cobertura. Acepto pagar todos los cargos que no pague la compañía aseguradora, que incluyen, sin limitaciones, una sala privada, objetos personales, cirugía cosmética, cuidado rutinario de los pies, servicio de enfermería particular, custodia, esterilización voluntaria y traslado hacia el hogar en taxi o ambulancia. En caso de que no cumpla con cualquiera de las obligaciones contenidas en esta sección, acepto pagar todos y cualquiera de los costos de cobranza en los que incurra el Hospital al hacer cumplir esta obligación.

Exención de responsabilidades por pérdida de objetos personales: Se recomienda a todos los pacientes guardar sus objetos personales en la caja fuerte del Hospital o enviarlos a sus hogares. Entiendo perfectamente que, debido a la naturaleza compleja de la rutina hospitalaria, el personal de Memorial Healthcare System no puede cuidar objetos personales, no importa cuál sea su valor. Además entiendo que soy responsable de cualquier objeto que decida conservar conmigo incluidos, entre otras cosas, objetos personales como anteojos, dentaduras, dinero en efectivo, joyas o ropa, y que en el caso de que dichos objetos se pierdan, no responsabilizaré al Hospital, sino que yo mismo asumiré la responsabilidad del costo y los gastos incurridos por dicha pérdida. También entiendo que es probable que cualquier objeto que quede en el Hospital se deseche después de treinta (30) días.

Facturas de profesionales: Los cargos de los médicos que lo atendieron y analizaron sus pruebas no se incluyen en la factura del hospital. Recibirá facturas por separado, como por ejemplo, del médico de la sala de emergencia, radiólogo, patólogo, anestesiólogo, médico personal y consultas con especialistas.

Nombre del paciente: Apellido, nombre, inicial

Fecha

Firma del paciente

Testigo

O BIEN

Firma del representante legal del paciente

Relación