

# DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA MENORES DE EDAD



Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera** - Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Terry Reilly información precisa y completa sobre los beneficios de seguro primario y secundario de mi hijo(a), incluidos los documentos de referencia de otros proveedores. Las tarjetas de identificación y beneficios de seguro actuales se presentarán en cada visita al consultorio. Como cortesía, Terry Reilly presentará por mí la reclamación de mí de mi hijo(a).

Entiendo que la mayoría de las pruebas de laboratorio, excepto las que se realizan durante la visita de mi hijo, son procesadas por un laboratorio externo. Entiendo que recibiré una factura o un reclamo de seguro, si corresponde, directamente del laboratorio por estos servicios. Entiendo que es posible que el proveedor de atención médica de mi hijo no conozca el costo de estas pruebas en el momento de la visita de mi hijo. Si tengo preguntas o inquietudes sobre el costo, puedo consultar con el personal del laboratorio o el personal de enfermería que obtiene la muestra de mi hijo. Entiendo que los costos de laboratorio pueden variar significativamente, desde tarifas relativamente bajas para pruebas comunes hasta costos mucho más altos para estudios más complejos. Si mi hijo no tiene seguro y califica, algunos laboratorios pueden ofrecer un descuento de tarifa variable basado en mi verificación de ingresos, que puedo solicitar en la recepción de Terry Reilly. Entiendo que el descuento de tarifa variable para el que mi familia puede calificar en Terry Reilly puede ser aplicable en algunos laboratorios, pero no en todos. Si tengo preocupaciones sobre el costo o enfrente dificultades financieras, solicitaré una cita con un ayudante de pacientes de Terry Reilly.

**Seguro Médico** - Terry Reilly es un proveedor participante en muchos planes de seguro y presentará la reclamación de mi hijo(a) como cortesía. Para facturar adecuadamente a mi seguro, es mi responsabilidad divulgar toda la información del seguro, incluidos los planes primarios y secundarios, así como cualquier cambio en la información del seguro. Si no proporciono información de seguro completa y precisa, me responsabilizaré de la factura completa. Si alguno de los proveedores de Terry Reilly no figura en la red del plan de mi hijo(a), puedo ser responsable del pago parcial o total. Si Terry Reilly está fuera de la red y la compañía de seguros de mi hijo(a) me paga directamente, soy responsable del pago y acepto enviar el pago a los servicios financieros para pacientes de Terry Reilly de inmediato.

**Copagos** - Entiendo que se espera el pago al momento de la visita de mi hijo(a). Terry Reilly acepta efectivo, cheques y tarjetas de crédito, así como crédito de "Care Credit" para visitas dentales. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, co-seguro, copago o cargos no cubiertos de la compañía de seguro de mi hijo(a). Si mi hijo(a) no tiene seguro y califica para una tarifa variable, se espera mi copago por los servicios al momento de la visita. Los pagos realizados en la fecha de la visita se tratan como un depósito en mi cuenta y se aplicarán después de la visita. Si los cargos por los servicios exceden mi pago, se me facturará el resto del saldo. Cualquier crédito en mi cuenta se aplicará a los saldos adeudados pendientes antes de que se me reembolse.

Todos mis pagos realizados a saldos pendientes se aplicarán a la fecha de servicios más antigua en todas las instalaciones.

**Planes de pago** - Soy consciente de que si tengo dificultades y necesito hacer arreglos de pago puedo hacerlo llamando a servicios financieros para pacientes, en la clínica o en mi portal online.

**Prepago** - Entiendo que se permite el prepago previo a los servicios y se debe comunicar a Terry Reilly cuando se realiza el pago para garantizar que se aplique de manera adecuada. Los depósitos se mantendrán durante 3 meses, momento en el cual los créditos restantes en mi cuenta se aplicarán a los saldos pendientes con Terry Reilly y el resto se me reembolsará.

**Falta de pago** - Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo restante en mi cuenta y entiendo que, si no pago el saldo de mi cuenta, esto puede resultar en que mi saldo se transfiera a un servicio de colección externa.

**Estimaciones de cargos** - Entiendo que cualquier estimación que me proporcionen para los cargos es solo una estimación. Los costos exactos no se pueden determinar antes de los servicios y cualquier saldo restante por encima de la estimación que se me proporcione se facturará para el pago.

**Asignación de beneficios** - Autorizo el pago directo de beneficios médicos a Servicios de Salud de Terry Reilly. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la cancele por escrito.



**Divulgación de información** - Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para obtener el pago de la compañía de seguro de mi hijo(a), Medicare, otros médicos o proveedores, y cualquier tercer pagador, y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, honorarios por llegar tarde, intereses, honorarios de abogados y cobros considerados responsabilidad del paciente por la compañía de seguro de mi hijo(a). Entiendo que si mi hijo(a) no está asegurado, soy responsable de los cargos por los servicios prestados a mi hijo(a). Entiendo que si solicito programas especiales para recibir otra asistencia en nombre de mi hijo(a), mi información puede ser compartida con esos programas y sus auditores.

Además, entiendo que la información puede divulgarse solo como resumen, estadística u otra forma que no identifique a la persona. Se deben hacer esfuerzos razonables para cobrar los cargos sin poner en peligro la confidencialidad del cliente, pero su información de salud confidencial puede enviarse al titular de una póliza cuando el titular de la póliza sea alguien diferente al cliente (Título X 42 CFR § 59.10(a)).

**MVA/Compensación de trabajo** - Si la visita de de mi hijo(a) se debe a una lesión relacionada con el trabajo o un accidente automovilístico, soy responsable de proporcionar a Terry Reilly el número de caso o el número de póliza, compensación del trabajador o el nombre de la compañía de seguros, la dirección u otra información de contacto a la hora de la cita de mi hijo(a). Entiendo que, si se rechazan mis reclamaciones o no proporciono la información de facturación necesaria, seré financieramente responsable de mi factura. Terry Reilly no factura a terceros por accidentes automovilísticos. Es mi responsabilidad abrir una reclamación con mi seguro de automóvil y proporcionar la información de facturación necesaria para estas visitas.

**Cheques devueltos** - El cargo por un cheque devuelto es de \$35 pagado en efectivo, crédito o giro postal. Este cargo se aplicará a mi cuenta además de la cantidad devuelta por fondos insuficientes.

**Cargos de tarjeta de crédito:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para obtener el pago de una compañía de tarjetas de crédito en caso de desacuerdo con un cargo. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, cargos por pagos atrasados, intereses, honorarios de abogados y cargos de cobranza necesarios para obtener el pago en caso de desacuerdo.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA MENORES DE EDAD. SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, Y CUALQUIER PREGUNTA QUE TUVIERA HA SIDO RESPONDIDA POR EL PERSONAL A MI SATISFACCIÓN.

---

Firma del Padre/Madre

---

Fecha

---

Nombre Impreso del Padre/Madre