

**MediDoctors, LLC  
GENERAL**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
GARANTÍA DE PAGO  
RELEASE OF INFORMATION  
GUARANTY OF PAYMENT**

**Cobertura:** Este formulario cubre todos los servicios o bienes proporcionados o a ser proporcionados al paciente por cualquier proveedor de atención médica que proporcione atención al paciente mientras el paciente esté recibiendo servicios o artículos de MediDoctors LLC. MediDoctors incluye todos los afiliados relacionados con la entrega de atención al paciente. MediDoctors (o sus subsidiarias y afiliadas) no es responsable por la atención médica que le sea proporcionada al paciente por parte de terceros proveedores de atención médica que no trabajen para MediDoctors (o sus subsidiarias y afiliadas). Tal como se usa en este formulario, "MediDoctors" incluye a todas sus subsidiarias y afiliadas, y "proveedores de atención médica" incluye a todos los proveedores de atención médica que proporcionen atención al paciente, ya sea que estén o no afiliados con "MediDoctors".

**Autorización:** por este medio autorizo a MediDoctors y a todos los proveedores de atención médica que me atiendan, a obtener información y a divulgar información entre sí y a terceros (1) con el fin de proporcionar servicios al paciente; (2) con el fin de obtener pago de cualquier factura por cualquier servicio o artículo proporcionado o a ser proporcionado al paciente; (3) con el fin de realizar encuestas de satisfacción del cliente; y/o (4) con el fin de verificar cualquier información proporcionada por mí o en mi nombre (incluida información de crédito y empleo).

**Certificación:** Por este medio certifico que la información proporcionada y a ser proporcionada por mí a MediDoctors y a todos los proveedores de atención médica es y será verdadera y correcta. Acepto pagar cualquier gasto incurrido por MediDoctors y todos los proveedores de atención médica debido a información incorrecta que yo haya proporcionado.

**Acuso de recibo:** yo reconozco y acuerdo lo siguiente: (1) soy financieramente responsable de los cargos de todos los artículos y servicios proporcionados al paciente que no estén cubiertos por terceros pagadores (2) en todo momento, tendré la responsabilidad de determinar y cumplir con los requisitos de cualquier tercero pagador, (3) cuando MediDoctors o cualquier proveedor de atención médica pueda proporcionar asesoramiento y asistencia al paciente, dicho asesoramiento y asistencia no me liberará de la responsabilidad de determinar y cumplir con los requisitos de cualquier tercero pagador (4) yo no haré valer ningún reclamo de que fui liberado de esta responsabilidad en ausencia de cualquier acuerdo escrito expreso de lo contrario, y (5) en el caso de que se presente un litigio por no pago de cargos, acuerdo pagar todos los gastos incurridos por MediDoctors o cualquier proveedor de atención médica debido a dicho litigio, incluidos honorarios razonables de abogado y honorarios de testigos expertos en medicina.

**TERCEROS PAGADORES**

**Seguro y planes de beneficios:** Por este medio cedo a MediDoctors todos mis derechos, título e intereses en y para el reembolso y/o pago médico y todos mis otros derechos y privilegios, bajo cualquier póliza de seguro o plan de beneficios de atención médica privados o públicos que proporcionen cobertura por los servicios y bienes proporcionados o a ser proporcionados por MediDoctors al paciente. Por este medio cedo a cualquier otro proveedor de atención médica que le proporcione atención al paciente todos mis derechos, títulos e intereses en y para el reembolso y/o pago médico de todos mis otros derechos y privilegios bajo cualquier póliza de seguros o plan de beneficios de atención médica, privados o públicos, que proporcionen cobertura por los servicios y bienes proporcionados o a ser proporcionados al paciente por dichos proveedores de atención médica.

**Responsabilidad/reclamos de compensación de trabajadores:** Si un tercero es responsable de cualquier lesión o enfermedad por la cual el paciente recibe tratamiento, entonces yo por este medio autorizo e indico a dicho tercero (y/o asegurador de dicho tercero) a realizar el pago directamente a MediDoctors y/o todo proveedor de atención médica que le proporcione atención al paciente por los cargos correspondientes a dicho tratamiento. Por este medio cedo a MediDoctors y a cualquier proveedor de atención médica lo recaudado por todo pago o reclamo que tenga contra un tercero o por todo acuerdo sobre el mismo, hasta donde dicha recaudación o pago sean imputables a servicios y bienes proporcionados al paciente por MediDoctors o cualquier proveedor de atención médica.

**Medicare:** yo autorizo a cualquiera que posea información médica o de otro tipo sobre mi persona a divulgar a la Administración de Seguro Social o sus intermediarios o aseguradores toda información necesaria para este u otro reclamo relativo de Medicare. Yo cedo los beneficios pagaderos por servicios cubiertos a MediDoctors y/o todo proveedor de atención médica hasta donde ellos hayan proporcionado servicios cubiertos. Por este medio otorgo a MediDoctors o al proveedor de atención médica adecuado el derecho de aplicar mis "días de reserva de por vida" para esta o cualquier otra hospitalización.

**Otros programas del gobierno:** (incluido Medicaid y el programa State Local Hospitalization) yo autorizo a MediDoctors o a cualquier proveedor de atención médica a obtener y divulgar a las agencias gubernamentales adecuadas toda la información necesaria para calificar para cualquier plan de beneficios del gobierno que puedan cubrir todos o parte de los cargos en los que he incurrido. Cedo los beneficios pagaderos por servicios cubiertos a MediDoctors o a cualquier proveedor de atención médica hasta donde ellos hayan proporcionado servicios cubiertos. Reconozco y acuerdo que si, por cualquier motivo, los beneficios son negados en su totalidad o en parte por cualquier agencia del gobierno yo pagaré los cargos que no hayan sido cubiertos.

Firma: \_\_\_\_\_  
Signature

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_  
Printed Name

Capacidad (encierre una en un círculo): Paciente/Padre/Madre/Tutor Paciente/Padre/Madre/Tutor

Sólo para fines de seguro, si no se incluyen anteriormente, la(s) firma(s) y nombre(s) en imprenta del titular o titulares de la póliza:

Firma: \_\_\_\_\_  
Signature

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_  
Printed Name

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_  
Date Witness

