

# The Centers for Kidney Care

## Autorización del Paciente

### Asignación de Beneficios

\_\_\_\_\_ Certifico que la información he proveído en solicitud de pago de beneficios Medicare / Medicaid son correctos. Asigno beneficios irrevocablemente a The Centers for Kidney Care para el pago de los servicios recibidos. Entiendo que es mi responsabilidad de cumplir con todos los requisitos de certificación ante-mano y que soy responsable de copagos, coseguros y deducibles de seguro de salud.

### Responsabilidad Financiera

\_\_\_\_\_ Entiendo que la cobertura de seguro no es una garantía de pago y estoy de acuerdo en que **yo soy responsable por el pago de servicios** recibidos en The Centers for Kidney Care. Se honra a la póliza financiera de la clínica. Si no puedo pagar el total de los servicios de tiempo, estoy de acuerdo en establecer acuerdos de pago hasta mi deuda con The Centers for Kidney Care es pagado en su totalidad.

### Consentimiento del Paciente – Autorización para la Atención

\_\_\_\_\_ Concedo el permiso a The Centers for Kidney Care prestar atención que mi médico considere necesario en mi diagnostico y tratamiento. Entiendo que esa atención puede incluir tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos menores. Entiendo que puedo recibir atención por medio de una enfermera especialista (NP) o un médico asistente (PA) y doy mi consentimiento. Entiendo que una enferma especialista y un médico asistente son profesionales con licencia que trabajan con The Centers for Kidney Care bajo la supervisión de mi médico y que pueden discutir mi atención con me médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy