

**Declaración de Responsabilidad Financiera**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**N.º de cuenta:** \_\_\_\_\_

Kessler Institute for Rehabilitation agradece la confianza que ha demostrado al escogernos para cubrir sus necesidades de rehabilitación. El servicio en el que ha elegido participar implica una responsabilidad financiera de su parte. Esta responsabilidad le obliga a asegurar el pago completo de sus honorarios. Como cortesía, verificaremos su cobertura y emitiremos la factura a su aseguradora en su nombre. Sin embargo, usted es responsable en última instancia por el pago de la factura. Kessler Institute for Rehabilitation está basado en un hospital y factura con un formulario de reclamos UB-04.

Usted es responsable por el pago de cualquier copago en el momento del servicio y al recibir una factura por cualquier deducible /coseguro tal como se determina en el contrato con su aseguradora. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable por cualquier monto no cubierto por su asegurador. Si su aseguradora niega cualquier parte del reclamo o si usted y su médico eligen continuar la terapia después de su período aprobado, usted será responsable por el saldo total de su cuenta. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. El pago se espera antes de la fecha de pago que aparece en su Resumen Mensual del Paciente. Los pagos se pueden efectuar en el centro, se pueden enviar por correo a la dirección que aparece en su resumen o puede acceder a nuestro sistema de pago de facturas en línea en <https://select4.accecpayonline.com> una vez que recibe un resumen de la oficina de facturación, o llamar a nuestro departamento de servicio al cliente al 1-866-889-9968.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con Kessler Institute for Rehabilitation por proporcionar servicios de rehabilitación al paciente mencionado anteriormente o a mí. Certifico que la información provista es, a mi entender, correcta y verdadera. Autorizo a mi asegurador a pagar los beneficios directamente a Kessler Institute for Rehabilitation. Estoy de acuerdo con pagar a Kessler Institute for Rehabilitation la suma total y completa de todas las facturas contraídas por mí o el paciente mencionado anteriormente, si es el caso, y cualquier cantidad debida después de que el pago haya sido efectuado por mi aseguradora. Entiendo que soy responsable financieramente ante Kessler Institute for Rehabilitation por los honorarios no cubiertos por esta autorización. **PACIENTES DE MEDICARE:** Entiendo que este centro Kessler es una sede basada en el proveedor del hospital principal ubicado en West Orange, New Jersey y que puedo ser responsable por un pago de coseguro adicional y separado si soy atendido por un médico en los hospitales Kessler en West Orange, Saddle Brook o Chester, que no incurriría si este centro ambulatorio no fuese una sede del hospital basada en el proveedor. La responsabilidad real dependerá de los servicios reales provistos por el hospital conforme a los aranceles actuales. Los honorarios estimados por visitas al centro son \_\_\_\_\_ (MEDICARE: Monto basado en honorarios típicos o promedio. Por favor tenga en cuenta que sus costos finales pueden ser mayores o menores, ya que esto es sólo una estimación).

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
 (Relación con paciente: él mismo - - tutor - - otro: \_\_\_\_\_) **Iniciales del OA:** \_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN SOBRE FACTURACIÓN A PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**

**En algunas ocasiones puede ser necesario que una persona involucrada directamente en su cuidado llame al centro para solicitar información sobre su salud personal o sobre la facturación. Por favor tómese un momento para completar esta sección.**

Autorizo a Kessler Institute for Rehabilitation a divulgar información sobre mi salud que esté directamente relacionada con mi tratamiento actual en el Kessler Institute for Rehabilitation a la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación a los fines de su papel en mi tratamiento o pago por los servicios de salud que he recibido.

**Tales personas involucradas en su cuidado pueden incluir: cónyuge, hijos, parientes consanguíneos, compañeros de cuarto, novios/novias, parejas de hecho, vecinos y colegas.**

NOMBRE	PARENTESCO

**No deseo que se divulgue información sobre mi salud a personas involucradas en mi cuidado.**

NOMBRE	PARENTESCO

## **Declaración de Responsabilidad Financiera**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**N.º de cuenta:** \_\_\_\_\_

Reconozco que el **Aviso de Prácticas de Privacidad** está expuesto en el lugar en el que recibo tratamiento y que he leído y entiendo el aviso. Además reconozco que tengo derecho a solicitar una copia del aviso y que se me proporcionará una.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
(Relación con paciente: él mismo - - tutor - - otro: \_\_\_\_\_)

### **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo a Kessler Institute for Rehabilitation, a través del personal apropiado, a suministrar a mi persona o al paciente nombrado anteriormente, el cuidado médico y tratamiento considerado necesario y adecuado para diagnosticar o tratar mi/su afección física.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
(Relación con paciente: él mismo—tutor—otro: \_\_\_\_\_)

Además autorizo a Kessler Institute for Rehabilitation a divulgar a las agencias apropiadas cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento o del paciente nombrado arriba, necesaria para asegurar el pago por los servicios provistos.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
(Relación con paciente: él mismo - - tutor - - otro: \_\_\_\_\_)

**INVESTIGACIÓN:** En este hospital se lleva a cabo investigación para mejorar el cuidado del paciente, la cual es aprobada y supervisada por la Junta de Revisión Institucional. Esta revisión y supervisión garantiza confidencialidad estricta con respecto a quién puede ver mi historial clínico. Doy mi consentimiento para el uso de la información en mi historial con fines de investigación. Entiendo que se me podría preguntar posteriormente si estaría dispuesto a participar en proyectos de investigación si requieren actividades más allá del cuidado clínico normal, y que tengo el derecho de rechazar la participación.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
(Relación con paciente: él mismo - - tutor - - otro: \_\_\_\_\_)