



Medina Surgery Center

SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL PLAN DE SALUD DEL SEGURO EN ELEMENTOS O SERVICIOS PAGADOS EN SU TOTALIDAD

Yo, _____, solicito a Medina Surgery Center que no comparta información relacionada con el/los siguiente(s) elemento(s) o servicio(s) de atención de salud para fines de pago con mi compañía de seguros o plan de salud _____ (nombre). Elemento(s) o servicio(s) que elijo no divulgar a mi plan de salud:

_____.

Entiendo que seré responsable de pagar la totalidad de estos servicios en un plazo de **30 días** tras recibir el estado de cuenta de facturación. Además, entiendo que al elegir pagar estos servicios, no soy elegible para ningún programa de asistencia financiera.

Entiendo que soy responsable de informar sobre mi solicitud de restricción a los proveedores adicionales o a los proveedores de servicios de seguimiento. Entiendo que esta información puede ser divulgada si así lo exige la ley.

Entiendo que si no se efectúa el pago en su totalidad en un plazo de **30 días** tras recibir el estado de cuenta de facturación, se revocará esta solicitud o este acuerdo y Medina Surgery Center podrá divulgar al plan de salud toda la información relacionada con estos servicios con fines de pago.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante de Acceso al Paciente

Fecha

Etiqueta del paciente
aquí