



Notificación y Acuerdo de una Posible Responsabilidad Financiera

Nombre del paciente: _____	Nombre del Garante: _____
Número del expediente médico: _____	

Su proveedor recomendó que usted/ su hijo reciba el servicio médico que se describe a continuación. El servicio está programado para [date] . En base a la información que Rady Children's Hospital- San Diego tiene, uno de los siguientes es correcto [staff select]:

- Rady Children's tomó la determinación que los servicios recomendados no es un beneficio que lo cubra su compañía de seguros o que no es necesario medicamente. Su compañía de seguros es responsable de la determinación final.
- Actualmente el paciente no está cubierto bajo ningún plan de seguro médico.
- Todavía está pendiente la autorización de aprobación del plan de seguro médico para recibir los servicios recomendados. Esto significa que existe la posibilidad que su plan de seguro médico se niegue a pagarlos antes que sean autorizados.
- Otro _____

Descripción del servicio / tratamiento y el CPT relacionado /Códigos de recaudación:

Costo estimado por los servicios hospitalarios: _____

Costo estimado por los servicios médicos: _____

****Este cálculo se basa en la información de cargos promedio actualmente disponibles y no es una garantía de lo que usted deberá pagar. Los cargos reales pueden cambiar.****

Lo que usted necesita hacer en este momento:

Revise la siguiente información para poder tomar una decisión informada acerca del cuidado que recomendó su proveedor. No deje de formular preguntar acerca de las siguientes opciones.

Seleccione una de las opciones:

- Opción 1: (SÍ).** Deseo recibir/ Deseo que mi hijo reciba los servicios médicos recomendados. Entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente:
 - 1) Acepto pagar al momento del servicio por los servicios recomendados arriba mencionados. Me informaron que mi seguro médico tal vez no cubra estos servicios.
 - 2) Se le enviará al seguro médico (si lo hay), la factura para cubrir el servicio(s) recomendado(s) y ésta tomará la determinación final del pago.
 - a. **Si su seguro médico envía un pago por alguna porción de estos servicios, se hará una revisión de su cuenta para determinar si un reembolso es apropiado.**
- Opción 2: (NO).** No deseo recibir los servicios médicos recomendados, ya sea para mí o para mi hijo.

Garante/Terceros responsables: Nombre impreso: _____ Firma: _____ Parentesco si no es el paciente: _____ Fecha y hora: _____	Testigo: Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha y hora: _____
---	---

****Este acuerdo es válido para un año y puede usarse para los servicios arriba mencionados****