

Aviso de Beneficiario Avanzado (ABN)

NOTA: Usted debe tomar la decisión de si desea recibir estos artículos o servicios de atención médica.

Esperamos que el pagador especificado **no pague** el(los) artículo(s) o servicios descritos a continuación. El hecho de que el pagador especificado pueda no pagar un artículo o servicio en particular no significa que usted no deba recibirlo. Puede que haya un buen motivo para que su médico lo haya recomendado.

Esperamos que sea probable que el pagador no pague por:

Artículos o servicios: _____

Motivo: _____

Costo estimado: _____

LO QUE USTED DEBE SABER:

- Lea este aviso, de modo que pueda tomar una decisión informada sobre la atención médica.
- Pídanos que le respondamos todas las preguntas que tenga una vez acabe de leer.
- Elija una opción de las presentadas a continuación acerca de recibir o no los servicios enumerados arriba.

Nota: si **elige la opción 1 o 2**, es probable que tenga que **usar un seguro** diferente del que pueda tener.

POR FAVOR ELIJA UNA OPCIÓN. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y FECHE SU ELECCIÓN.

Opción 1. SÍ. Deseo recibir estos artículos o servicios.

Entiendo que se me puede pedir que pague ahora, pero también deseo que al pagador especificado se le facture por una decisión oficial sobre el pago. **Entiendo que si el pagador especificado no realiza el pago, soy responsable de pagar, pero puedo apelar la decisión del pagador.** Si el pagador especificado paga, me harán un reembolso de todos los pagos que les hiciera y que se me deban, menos los copagos o deducibles. **Si el pagador especificado rechaza el pago, acepto ser responsable personal y enteramente del pago. Esto es, pagaré personalmente, ya sea a modo de gastos extra o con otro seguro que tenga.**

Opción 2. SÍ. Deseo recibir estos artículos o servicios, pero no se los facturen al pagador especificado. **Entiendo que con esta elección soy responsable del pago y no puedo apelar** la posibilidad de que el pagador especificado pague.

Opción 3. NO. He decidido no recibir estos artículos o servicios.

Entiendo que con esta elección no soy responsable del pago, y no puedo apelar la posibilidad de que el pagador especificado pague.

Fecha

Firma del paciente o persona que actúa en nombre del paciente

NOTA: su información médica es confidencial. Cualquier información que obtengamos de usted por este formulario será archivada de manera confidencial en nuestras dependencias. Si se presenta un reclamo al pagador especificado, es posible que su información médica se comparta con el pagador especificado. El pagador especificado mantendrá su información médica de manera confidencial.