

**Al firmar este formulario, la parte responsable que figura a continuación reconoce y acepta lo siguiente:**

1. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para tal atención, incluidos los procedimientos de rutina y otros tratamientos por parte de los profesionales del Rancho Paseo Medical Group y sus asistentes, designados o consultores, según sea necesario a su juicio;
2. Soy consciente de que las prácticas de medicina, cirugía y otras disciplinas de salud no constituyen ciencias exactas, y reconozco que no se me han otorgado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por el Rancho Paseo Medical Group. Si no comprendo completamente un procedimiento o sus riesgos, consecuencias o métodos alternativos de tratamiento, tengo derecho a preguntar al profesional médico apropiado;
3. Entiendo que el Rancho Paseo Medical Group no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal;
4. Autorizo la divulgación a cualquier parte responsable de la información de mis registros que se requiera para que el grupo y todas las entidades que prestan servicios obtengan el pago. Esto incluye registros de abuso de y/o tratamiento para alcohol y drogas y registros de servicios psicológicos y servicios sociales, incluidas las comunicaciones realizadas por el paciente a un médico, trabajador social o psicólogo. Esta autorización será efectiva solo por el tiempo que sea necesario para obtener el pago o el reembolso y finalizará cuando se reciba el pago o el reembolso;
5. La parte responsable acuerda pagar cualquier saldo adeudado después de que la compañía de seguros procese el reclamo dentro de los quince (15) días posteriores a la notificación de nuestro servicio de facturación, independientemente de la razón del saldo adeudado (por ejemplo, montos deducibles, coseguros o denegación de beneficios por parte de la aseguradora);
6. La parte responsable reconoce que, si algún saldo adeudado a Rancho Paseo Medical Group no se paga de manera oportuna, los honorarios de los abogados, los costos de la agencia de cobranza y cualquier cargo relacionado al Rancho Paseo Medical Group se agregarán al saldo adeudado;
7. La parte responsable reconoce que, de acuerdo con la ley de California (ver a continuación), estamos revelando que el paciente puede recibir radiografías y/o servicios de laboratorio en las instalaciones del Rancho Paseo Medical Group, que tiene un interés financiero en estos servicios, y que la parte responsable tiene derecho a elegir que estas pruebas se realicen en otro lugar si así lo desea.

*Las secciones 650.02 (f) y 4051.2 del Código de Negocios y Profesionales de California y la sección 139.3 del Código Laboral de California requieren una divulgación por escrito del interés financiero por parte de una oficina médica que realiza radiografías y/o servicios de laboratorio. Esta divulgación debe indicar los intereses financieros de la oficina, así como el derecho del paciente a que los servicios se realicen en otro lugar si el paciente así lo desea.*

**Por la presente, certifico que he leído esta declaración y he tenido la oportunidad de revisar con el personal del grupo cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la misma.**

\_\_\_\_\_  
nombre del Paciente  
(Por favor, escriba en letras.)

\_\_\_\_\_  
nombre de la Parte Responsable  
(si es diferente del nombre del paciente)  
(Por favor, escriba en letras.)

\_\_\_\_\_  
firma del Paciente y/o Parte Responsable

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
fecha

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, seleccione su relación legal con el paciente:

- Padre    Tutor    Cónyuge    Representante    Parte Financieramente Responsable