

**Responsabilidad financiera**

Comprendo que, en última instancia, independientemente de si tengo un seguro, soy responsable financieramente de cualquier y todos los cargos por cualquier y todos los servicios prestados a mí. Si tengo un seguro, comprendo que Regional Medical Laboratory podría no participar en mi seguro o plan médico. Por la presente cedo a Regional Medical Laboratory todos mis derechos, títulos e intereses a los beneficios de reembolso de gastos médicos bajo cualquier póliza de seguro, certificado de suscripción, beneficios de Medicare, o cualquier otro programa o acuerdo de indemnización de beneficios de atención médica privada o pública de otra manera pagadera a mí por esos servicios prestados. Además, autorizo a Regional Medical Laboratory a liberar cualquiera de mis registros médicos solicitados razonablemente por mi asegurador u otro pagador y sus agentes para procesar el pago.

Comprendo que mientras mi seguro puede confirmar mis beneficios, la confirmación de los beneficios no es una garantía de pago y que soy responsable por cualquier saldo pendiente. Comprendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene algún deducible, copago, coseguro, fuera de la red, límite habitual y acostumbrado, requisitos previos a la autorización o cualquier otro tipo de limitación de beneficios para los servicios que recibo, y estoy de acuerdo de hacer el pago por completo. Comprendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber si mi seguro necesita una derivación de mi médico de cabecera y que depende de mí obtener la derivación. Comprendo que sin esta derivación, mi seguro no pagará por ningún servicio y que yo seré responsable financieramente por todos los servicios prestados.

Acepto informar a Regional Medical Laboratory cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Si no tengo un seguro o mi seguro cambia o concluye al momento del servicio, comprendo que soy financieramente responsable por el saldo completo y acepto pagar cualquier tarifa establecida por Regional Medical Laboratory. También estoy de acuerdo que Regional Medical Laboratory puede transferir cualquier dinero retenido en una cuenta de crédito diferente a mi nombre para cubrir estos cargos, si es necesario. Reconozco que otorgo el consentimiento para que Regional Medical Laboratory, sus proveedores y apoderados, incluso cobradores de deuda, me llamen a mi teléfono celular y/o residencial mediante mensajes de voz artificiales o pregrabados o tecnologías de automarcado por cualquier propósito permisible, incluso cobranzas de deuda y/o verificación de cuenta.

**Póliza de descuento para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente**

Es la política de Regional Medical Laboratory proporcionar asistencia financiera a individuos que han demostrado necesitarla. Para información relacionada con el programa de asistencia financiera, llame al (918) 744-2164.

**Información demográfica y del seguro del paciente**

Confirmando que la información demográfica, incluso mi dirección e información del seguro, es correcta. Comprendo que la información incorrecta puede resultar en que no se presente un reclamo a mi seguro médico y seré responsable por el saldo.

**Prueba de reflejos**

Comprendo que se pueden realizar pruebas adicionales debido a la prueba de reflejos. Prueba de reflejos significa que los resultados de la prueba inicial desencadenaron pruebas adicionales que fueron solicitadas automáticamente para realizar un diagnóstico.

Certifico que he leído y estoy de acuerdo con cada una de las afirmaciones anteriores.

---

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

---

Firma del paciente/garante

Nombre del garante (si difiere al del paciente)

Fecha