



0956F

# ACUERDO FINANCIERO

## 1. ACUERDO FINANCIERO

Estoy de acuerdo en pagar puntualmente todas las facturas del hospital según las tarifas y términos regulares de LLUCH, incluyendo, si procede, sus políticas de pago por servicios de beneficencia y de pago reducido. Entiendo que todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anesthesiólogo y otros, facturarán sus servicios por separado. Todo saldo pendiente de cualquier cuenta debe estar saldado antes de obtener cualquier reembolso de cualquiera de las cuentas que haya abierto. Si para fines de recaudación, la cuenta llegara a enviarse a un abogado o a una agencia de cobros, yo pagaré los honorarios del abogado, y los gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal, a menos que esté prohibido por la ley.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente/Representante Legal

## 2. ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Yo asigno y autorizo el pago directo a LLUCH de todos los beneficios de seguro médico pagaderos por esta visita de emergencia, o por cualquier servicio brindado como paciente interno o externo. Estoy de acuerdo en que el pago a LLUCH por parte de la compañía de seguros, según esta autorización, liberará las obligaciones de la compañía de seguros en lo que concierne a dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados según esta asignación.

## 3. OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO

LLUCH mantiene una lista de los planes médicos con los cuales tiene contrato. Esta lista está disponible a solicitud en la oficina financiera. LLUCH no tiene contrato, expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. Estoy de acuerdo en pagar en su totalidad por todos los servicios que me brinde el hospital si yo pertenezco a un plan que no aparezca en la lista de contratos antes mencionada. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, médico de emergencias, anesthesiólogo, y otros, facturarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que me brindan servicios tienen contrato con mi plan de seguro médico, si es que lo tengo.

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por los servicios que me brindaron y en aceptar los términos del Acuerdo Financiero, de la Asignación de los Beneficios del Seguro y las provisiones de la Obligación del Plan de Seguro Médico antes mencionados. Yo soy el paciente, el representante legal del paciente, o quien está debidamente autorizado por el paciente para firmar lo anteriormente descrito y aceptar sus términos en nombre suyo.

## 4. TRASLADO A INSTITUCION MÉDICA CONTRATADA

Reconozco que una vez que esté estable, me podrían trasladar a una institución médica con la que se tenga contrato para continuar mi tratamiento médico. Se me ha informado que de rehusarme a dicho traslado, seré responsable de la cuenta médica.

\_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente/Representante Legal

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Paciente/Representante Legal

Relación con el paciente (si lo firma el Representante Legal) \_\_\_\_\_

Witness Name (print) \_\_\_\_\_

Witness Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Interpreted by:  Certified Interpreter  Qualified Bilingual Staff  Language Line  
 Other (relationship): \_\_\_\_\_

Interpreter Name (print): \_\_\_\_\_

Interpreter Signature (if present): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Language Line Interpreter ID# (if applicable): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_



Loma Linda University Children's Hospital  
**FINANCIAL AGREEMENT - SPANISH**  
White - Medical Records Pink - Patient

PATIENT IDENTIFICATION