

University of Virginia los Médicos del Grupo y University of Virginia Health System

(Use letra de imprenta)

Acuerdo de firma a largo plazo

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Historia clínica de UVa

Cesión de beneficios / Entrega de información: En caso de que tenga derecho a beneficios del seguro, beneficios de Medicare o cualquier otra recuperación, por medio del presente cedo los beneficios de mi póliza de seguros, Medicare u otra recuperación a University of Virginia Medical Center (el "Centro Médico"), the University of Virginia el Hospital de Cuidados de Transición (el TCH) y a University of Virginia los Médicos del Grupo (los "Médicos del Grupo"), para que paguen la atención proporcionada, incluidos los servicios médicos, y autorizo el pago directo a éstos de dichos beneficios o recuperación. Si corresponde, certifico que la información que entregué al momento de solicitar el pago es correcta según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social.

Autorizo al Centro Médico, el TCH y a los Médicos del Grupo para entregar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y/o a mi compañía de seguros cualquier tipo de información necesaria para considerar el pago de mi reclamación por los servicios prestados o solicitados de otra forma por ellos.

Declaración financiera: Considerando los servicios prestados o que serán prestados, garantizo el pago al Centro Médico, el TCH y a los Médicos del Grupo de todo saldo pendiente en el que se haya incurrido o se incurra, incluidos los que no pague ningún tercero. Si no se realiza el pago al vencimiento, acepto pagar todos los costos y gastos razonables relacionados con la cobranza de saldos pendientes, incluidos los honorarios razonables de los abogados, entre otros.

Firma del paciente o representante legal

Relación del representante legal con el paciente

Fecha