



PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE SALUD Y FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD
INSURANCE WAIVER & STATEMENT OF RESPONSIBILITY FORM

Servicio Profesional Proveedor del Cuidado de la Salud _____
Health Care Professional Providing Service
Departamento _____ Fecha(s) de Servicio _____
Department *Date(s) of Service*
Describir Servicio _____
Describe Service

***POR FAVOR MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE A CONTINUACIÓN**
Please check the appropriate box BELOW:

RENUNCIA: Utilice para Planes Contratados solamente
WAIVER: Use For Contracted Plans Only

Servicios que requieran ser referido
Services Requiring a Referral

Tengo entendido que mi plan de seguro de salud requiere que yo deba de contar con un referido de mi médico de asistencia primaria (PCP por sus siglas en inglés) antes de consultar a un especialista. Ya que no cuento con dicho referido, entiendo que dependiendo de mi plan de seguro médico, soy responsable financieramente ya sea de un aumento en la cantidad por los servicios que se suministren el día de hoy o por la cantidad en su totalidad y estoy de acuerdo en pagar a Los Médicos Grupo de la Universidad de Virginia y/o al Centro Médico de la Universidad de Virginia.
I understand that my health insurance plan requires that I must have a referral from my primary care physician (PCP) before seeking specialty care. Since I do not have a referral from my PCP, I understand that depending on my health insurance plan, I am either financially responsible for an increased amount or for the entire amount of the service(s) being provided today and agree to pay the University of Virginia Physicians Group and/or the University of Virginia Medical Center.

Servicios que van más allá del Referido
Beyond the Referral

Estoy solicitando recibir servicio(s) adicional(es) que van más allá de o los especificados en mi referido. Ya que estoy solicitando recibir servicio(s) adicional(es) de o los que están especificados en mi referido, entiendo que dependiendo de mi plan de salud estoy obligado(a) financieramente ya sea a cubrir un aumento en su costo o por la cantidad total del o los servicio(s) administrado(s) el día de hoy y estoy de acuerdo en pagar a Los Médicos Grupo de la Universidad de Virginia y/o al Centro Médico de la Universidad de Virginia
I am requesting to have service(s) provided which are beyond those specified in my referral. Since I am requesting to have service(s) provided which are beyond those specified in my referral, I understand that depending on my health insurance plan, I am either financially responsible for an increased amount or for the entire amount of the service(s) being provided today and agree to pay the University of Virginia Physicians Group and/or the University of Virginia Medical Center.

Servicios no Cubiertos
Non Covered Services

Entiendo que el o los servicios que están siendo administrados no están cubiertos por mi plan de salud o que la pre-autorización ha sido denegada por mi plan de salud y que posiblemente seré responsable financieramente por el costo total del o por los servicios que están siendo suministrados el día de hoy y estoy de acuerdo en pagar la cantidad total a Los Médicos Grupo de la Universidad de Virginia y/o al Centro Médico de la Universidad de Virginia.
I understand that the service(s) being provided may not be covered by my health insurance plan or the preauthorization has been denied by my insurance plan, and that I am financially responsible for possibly the entire cost of the service(s) being provided today and agree to pay the University of Virginia Physicians Group and/or the University Medical Center the entire amount.

Original to HIS Copy to Patient Copy to Department

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Asignación de Beneficios

No Participante del Plan de Salud: Centro Médico de la Universidad de Virginia (“Centro Médico) y/o Proveedores de la Los médicos Grupo (la “Los Grupos Médicos”) de la Universidad de Virginia
STATEMENT OF RESPONSIBILITY: Assignment of Benefits

Non-Participating Health Plan: University of Virginia Medical Center (“Medical Center”) and/or University of Virginia Physicians Group (the “Physicians Group”) Providers

Tengo entendido que la instalación del Centro Médico y/o los proveedores de salud de la Los Grupos Médicos no participan bajo mi plan de salud. Por consiguiente, entiendo que cualquier pago realizado por mi plan de salud por servicios que me fueron prestados por el Centro Médico y/o la Los Grupos Médicos se me debe de enviar a mí y NO al Centro Médico y/o a la Los Grupos Médicos. Cuando mi plan de salud me remite un cheque directamente en pago por los cargos presentados a mi plan de salud por el Centro Médico y/o la Los Grupos Médicos por los servicios prestados, entiendo que estos fondos me son proporcionados con el propósito de pagar al Centro Médico o a la Los Grupos Médicos por dichos servicios. Estoy de acuerdo en efectuar el pago total de estos fondos al Centro Médico y/o a la Los Grupos Médicos dentro de un plazo de quince (15) días a partir de la fecha en que haya recibido los fondos de mi plan de salud.

I understand that the Medical Center facility and/or health care providers of the Physicians Group are not participating under my health plan. Consequently, I understand that any payment made by my health plan for covered services provided to me by the Medical Center and/or Physicians Group may be directed to me and NOT to the Medical Center and/or Physicians Group. When my health plan issues a check directly to me in payment of the charges submitted to my health plan by Medical Center and/or Physicians Group for the services provided, I understand that these funds are provided to me for the purpose of paying the Medical Center and/or Physicians Group for the services provided to me. I agree to make full payment of these funds to the Medical Center and/or Physicians Group within fifteen (15) days of the date I receive the funds from my health plan.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Financiera

STATEMENT OF RESPONSIBILITY: Financial

En consideración a los servicios prestados o a ser prestados, garantizo el pago al Centro Médico de la Universidad de Virginia y a Los Médicos Grupo de la Universidad de Virginia de todos los saldos pendientes incurridos o a ser incurridos, incluyendo aquéllos que no hayan sido pagados por un tercero. Si el pago no se efectúa a su vencimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos y gastos razonables relacionados con el cobro de cualquier saldo pendiente incluyendo pero no limitado a gastos razonables de abogados.

In consideration for services furnished, or to be furnished, I guarantee payment to the University of Virginia Medical Center and the University of Virginia Physicians Group of all outstanding balances incurred or to be incurred, including those not paid by any third party source. If payment is not made when due, I agree to pay all reasonable costs and expenses related to collection of any outstanding balances including but not limited to reasonable attorneys’ fees.

Se me ha explicado este formulario. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido contestadas a mi satisfacción y soy consciente de mi responsabilidad financiera. Estoy de acuerdo en que estoy legalmente obligada(o) a los términos de esta Renuncia a los Beneficios del Seguro de Salud y Formulario de Declaración de Responsabilidad

This form has been explained to me. I have been given the opportunity to ask questions, my questions have been answered to my satisfaction, and I do understand my financial responsibility. I agree to be legally bound by the terms of this Insurance Waiver & Statement of Responsibility Form.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
PATIENT SIGNATURE: DATE:

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de imprenta): _____
PATIENT NAME (Print):

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: DATE:

(En caso de que el paciente sea menor de 18 años) _____
(If patient under 18 years old)

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL: (en letra de imprenta) _____
PARENT/GUARDIAN NAME (Print):

FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA EL FORMULARIO: _____ FECHA: _____
SIGNATURE OF PERSON PRESENTING FORM: DATE:

Original to HIS Copy to Patient Copy to Department