Patient:	Patient Test		
MRN:	000000000		
DOB:	1/1/1965	**Procedure:**	Colonoscopy
Gender:	Male	**Date:**	8/23/2023
Age:	58 year(s)	**Attending Physician:**	Test, Doctor

Front Desk: Spanish - AD/Finance/Privacy Consent

Oregon Endoscopy Center, L.L.C
3355 RiverBend Drive, Suite 510 Springfield, OR 97477-8800 | 541-868-9555

Patient Name: **Patient Test**
MRN: **000000000**
DOB: **1/1/1965**
Date: **8/23/2023**
Physician: **Test, Doctor**
Procedure: **Colonoscopy**

Política de directivas anticipadas

En Oregón, la Ley de Decisiones de Atención Médica (ORS127.5056-127.660 y ORS 127.995) permite a una persona preautorizar a los representantes de atención médica para permitir el proceso de muerte natural si se confirma médicamente que está en una de las condiciones descritas en sus instrucciones de atención médica. Esta Ley no autoriza la eutanasia, el suicidio asistido o cualquier acción inapropiada para poner fin a la vida de la persona.

El Centro de Endoscopía de Oregón (Oregon Endoscopy Center) respeta y honra el derecho que todos los pacientes tienen a participar en sus propias decisiones de atención médica. Los pacientes pueden formular directivas anticipadas o ejecutar poderes notariales autorizando a otros a tomar decisiones en su nombre en función de los deseos expresados por el paciente cuando no puede tomar o comunicar decisiones. Si un paciente debe proporcionar su Directiva Anticipada, se colocará una copia en el registro médico del paciente y se transferirá con él/ella en caso de que su médico le ordene un traslado hospitalario.

Oregon Endoscopy Center reconoce que los miembros del Personal Médico tienen la responsabilidad principal de discutir la Directiva Anticipada con los pacientes. La responsabilidad del Personal Médico es proporcionar información y educación para que las personas puedan tomar decisiones con respecto a su Directiva Anticipada de manera reflexiva e informada.

Mientras sea paciente en el Centro de Endoscopía de Oregón, usted puede esperar que se hará todo lo posible para reanimarlo completamente en caso de una situación emergente.

Los procedimientos endoscópicos suelen utilizar sedantes para la alteración temporal en la conciencia para permitir que se lleve a cabo el procedimiento con comodidad y seguridad. Los efectos secundarios pueden incluir presión arterial baja (hipotensión) y una disminución en los niveles de oxígeno debido a la respiración inadecuada (depresión respiratoria). Los efectos de los sedantes se pueden revertir muy rápidamente usando medicamentos administrados vía intravenosa. Por lo tanto, en la situación poco común en la que se proporcione demasiada sedación dando lugar a estos efectos secundarios temporales, se pueden proporcionar agentes de reversión para contrarrestarlos.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a esta política, no dude en ponerse en contacto con su médico antes de su cita para el procedimiento en el número indicado anteriormente.

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

FACTURAS SEPARADAS

Patient:	Patient Test		
MRN:	000000000		
DOB:	1/1/1965	**Procedure:**	Colonoscopy
Gender:	Male	**Date:**	8/23/2023
Age:	58 year(s)	**Attending Physician:**	Test, Doctor

1. **Tarifa de instalación:** Oregon Endoscopy Center, L.L.C. presentará un cargo por la instalación. Este cargo cubre el uso del procedimiento y las salas de recuperación, sedación, equipo,suministros y medicamentos necesarios para realizar su procedimiento. También cubre los servicios del personal clínico.
2. **Tarifa médica:** Eugene Gastroenterology Consultants, P.C. presentará un cargo por la tarifa de su médico. Esto es lo que su médico cobra por realizar su procedimiento.
3. **Honorarios patológicos:** Si la patología se envía al laboratorio, habrá facturas separadas para la preparación e interpretación del espécimen.
4. **Cuota de anestesia:** Si se realiza anestesia, será proporcionada por Anestesia NW. Presentarán todos los cargos por servicios de anestesia. La responsabilidad del paciente no superará los $275.

Tanto usted como su compañía de seguros recibirán una factura separada por cada uno de estos servicios. El consultorio de su médico y la instalación son dos entidades separadas y se les exige que facturen por separado por estos servicios. Independientemente de dónde haya realizado su procedimiento, recibirá dos facturas separadas. (Este método de facturación es estándar y requerido por todas las compañías de seguros)

COPAGOS
Por favor, traiga sus tarjetas de seguro actuales a su visita. Todos los copagos y saldos vencidos deben abonarse al hacer el registro de entrada. A menos que se hayan hecho arreglos previos, se puede imponer una tarifa adicional de $25 por copagos que no se hagan al momento del servicio.

SEGURO
Es muy importante proporcionar a nuestra oficina información precisa y actualizada del seguro. La cobertura del seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Las cantidades que pagan por su atención médica dependen de su póliza individual. Nuestra oficina no es responsable de cobrar del seguro o negociar un acuerdo sobre una reclamación en disputa. **Es su responsabilidad revisar su póliza y ponerse en contacto con su compañía de seguros para preguntas sobre su cobertura.**

Estamos proveedores participantes con la mayoría de las compañías de seguros, incluyendo Medicare, y como cortesía para usted facturaremos la mayoría de los seguros primarios y secundarios. Usted será responsable de cualquier deducible que aún no haya sido cubierto, así como cualquier servicio que se niegue o no esté cubierto. Con el fin de que obtengamos referencias y/o pre autorizaciones, es muy importante que tengamos su información más actualizada.

CHEQUES DEVUELTOS Y REEMBOLSOS
Se le cobrará una tarifa de servicio de $35.00 por cada cheque devuelto por el banco. No se emitirán reembolsos en su cuenta por menos de $5.00.

DEPÓSITOS REQUERIDOS Y OPCIONES DE PLAN DE PAGO
Todas las cuentas vencen en su totalidad al recibir su primer estado de cuenta. Sin embargo, entendemos que las circunstancias financieras varían de un paciente a otro y, por lo tanto, nos esforzaremos por encontrar una opción de pago que funcione para ambos. Al extender esta cortesía, le pedimos lo siguiente:

1. Los pagos recurrentes automáticos se configuran en TODAS las cuentas que requieren un plan de pagos.
2. Mantenga su cuenta actualizada y siga los términos de cualquier plan de pago acordado.
3. Póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios Financieros para Pacientes si tiene problemas para mantener su cuenta actualizada.

Si no hemos recibido un pago o hemos escuchado de usted dentro de los 45 días posteriores a la emisión de su estado de cuenta, su cuenta se considerará morosa y se remitirá a nuestro Gerente de Negocios (Business Manager) para su revisión y posible acción de cobro.

Depósitos requeridos: Se excluye a los pacientes con seguro medicare o OHP y a los pacientes que se someten a una colonoscopia de detección. Se requiere un depósito de $250.00 para ser pagado 2 semanas prior a su procedimiento programado. La falta de pago podría dar lugar a que el procedimiento necesario se cancele o reprograme.

Patient:	Patient Test		
MRN:	000000000		
DOB:	1/1/1965	**Procedure:**	Colonoscopy
Gender:	Male	**Date:**	8/23/2023
Age:	58 year(s)	**Attending Physician:**	Test, Doctor

Antes de programar su cita, se le pedirá que proporcione información de la tarjeta de crédito/débito con el fin de configurar un pago recurrente automático que comenzará aproximadamente 30 días después de su procedimiento en la fecha en que se organizó el pago (se le darán opciones en qué día del mes funciona mejor). Este pago se basará en sus costos estimados menos su depósito. Esto es sólo una estimación y por lo tanto puede necesitar ser ajustado después de que se complete el procedimiento y su seguro ha sido facturado. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros para ajustar los pagos de manera adecuada.

En caso de que su cuenta se asigne a una agencia de cobranza, nuestra oficina cobra una tarifa administrativa de $150 por cuenta.

AUTOPAGO
Si no se factura a una compañía de seguros, se requiere un depósito 2 semanas antes de su visita. Si el depósito no se recibe dentro del plazo solicitado, su cita ***se cancelará..***

Depósito del procedimiento: 50% de la tasa del procedimiento base

Los depósitos pueden estar sujetos a cambios. Toda la demás información en la sección Depósitos requeridos y planes de pago arriba aplican

Los servicios están disponibles bajo petición. Llame a nuestro departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS, por sus siglas en inglés) si tiene alguna pregunta.

Oregon Endoscopy Center es propiedad de los médicos de Eugene Gastroenterology Consultants, P.C.

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Todos los cargos están sujetos a cambios sin previo aviso a discreción de Oregon Endoscopy Center, LLC. Entiendo y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, soy responsable en última instancia del saldo en mi cuenta por los servicios prestados. He leído la política financiera del paciente aquí descrita y he proporcionado a la práctica la información de seguro verdadera y correcta.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se proporciona un **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** a todos los pacientes en su primera visita. Este Aviso de prácticas de privacidad identifica cómo se puede usar o divulgar su información médica. Explica sus derechos a acceder a su información médica; para solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información médica, y para solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información. Explica sus derechos a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad y nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica y hacerle saber si se viola esa privacidad.

El abajo firmante ha recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y es el paciente o el representante del paciente.

Reconozco la recepción de esta notificación:

Additional Questions

Variations to any of the above:

Signatures

Patient:	Patient Test		
MRN:	000000000		
DOB:	1/1/1965	**Procedure:**	Colonoscopy
Gender:	Male	**Date:**	8/23/2023
Age:	58 year(s)	**Attending Physician:**	Test, Doctor

Patient or Legal Guardian Signature
08/23/2023 09:21 AM

Staff Witness Signature
08/23/2023 09:22 AM