The Ida Karlin Healing Center for Youth

Ovidio Peñalver, MD

Michelle Ost, MD ♦ Sylvia Morales-Bronner, MD ♦ Anne Cosgrove, MD ♦ Jennifer Sonney, ARNP

319 5th St. SW Puyallup, WA 98371

phone 253.848.0351 ♦ fax 253.841.1397 ♦ www.idakarlincenter.com

Consentimiento de Información/Acuerdo de Pago

- ✓ Yo he sido informado(a) y he entendido la Póliza de Cancelación Tarde del Centro.

- ✓ Yo he sido informado(a) y he entendido la Póliza de Ausencia /Cancelación Tarde. Yo entiendo que al no presentarme o hacer una cancelación tarde habra un cargo de $50 el cual no es cubierto por ninguna aseguranza. Yo entiendo que tres ausencias o cancelaciones tardes puede resultar terminado(a) del Centro.

- ✓ Yo entiendo que ultimamente he sido responsible por mis pagos incurridos por servicios médicos recibidos por el Centro. Yo entiendo que el compromiso del Ida Karlin Center es proveer calidad de cuidado para todos sus pacientes, y el convenio financial puede ser negociado con el esfuerzo de mantener a las familias bien atendidas. Yo también entiendo que yo soy responsable de informar al Centro para hacer arreglos necesarios.

- ☐ Yo he sido informado(a) y he entendido que los siguentes servicios no son cubiertos por (DSHS) la aseguranza medical/plan de asistencía y no son incluidos como parte de otro servicio, o ha sido determinados (por DSHS) no medicamente necesario. **Yo todavía puedo recibir el servicio especificado. Yo estoy de acuerdo a pagar pol el servicio especificado.** El siguiente es el servicio especificado que el fiado require para recibir y por el cual el fiador esta de acuerdo de pagar:

- ☐ Yo tambien entiendo que si mi programa médico (DSHS) cubre el servicio listado arriba ó si el proveedor falta a satisfacer a las condiciones de pag como describe bajo las siglas WAC 388-87-010(6), entonces no estoy bajo ningun obligación a pagar al proveedor por esos servicios.

- ☐ Yo entiendo que soy responsible por el pago de los cambios incurridos por el servicio medico que se ofrecio _____/_____/_____. Si mi aseguranza médica (DSHS) determina mi inelegibilidad por covertura, yo entiendo que el pago de estos cambios serán mi responsabilidad personal.

_X_____

Firma del Paciente/Guardian/Representante

Fecha: _____/_____/_____

Entiendo el proposito de esta forma y todas mis preguntas han sido resueltos a mi satisfacción.
Provider #: DSHS 7110653