

**Formulario de garante financiero**  
Complete todos los campos en letra de imprenta

Su nombre		Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento	
Teléfono residencial		Teléfono laboral		Teléfono celular		N.º del Seguro Social		Nombre del proveedor de atención primaria	
Su seguro								N.º de teléfono para elegibilidad/verificación	
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
N.º de identificación/de póliza				N.º de grupo					
Fecha de vigencia de la póliza				Copago		Coseguro o deducibles			
Empleador/Nombre de la escuela		Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	
Si está cubierto por la póliza de seguro de otra persona, complete lo siguiente:									
Nombre del suscriptor principal				N.º del Seguro Social del suscriptor principal			Vínculo con usted		
Empleador del suscriptor principal			Dirección del empleador del suscriptor principal				N.º de teléfono del suscriptor principal		
N.º de póliza del suscriptor principal				N.º de grupo del suscriptor principal					

**Autorización y asignación de beneficios del seguro/Divulgación de información médica:** Autorizo y solicito a mi compañía aseguradora que pague los beneficios directamente a Fenway Community Health (“Fenway”) por los servicios prestados. Autorizo la divulgación de cualquier expediente médico o cualquier otro tipo de información que solicite mi compañía aseguradora o sus agentes de revisión designados que proveen beneficios del seguro a mi nombre, lo que incluye, si corresponde, a mi empleador, la compañía aseguradora de indemnización a trabajadores del empleador, la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, necesarios para determinar los beneficios, para procesar los reclamos del seguro y para asegurar los pagos de los beneficios, ya sea al asegurado o a Fenway. Además, presentaré formularios de reclamo totalmente completos, según lo solicite mi aseguradora o Fenway.

**Derivaciones y autorizaciones:** Si tengo un plan de seguro que requiere derivaciones, precertificaciones o autorizaciones, entiendo que es mi responsabilidad y no la de Fenway obtener la aprobación de mi aseguradora para los servicios médicos antes de que se me presten dichos servicios, por medio de una notificación a mi proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de mi solicitud, que adjunte toda la documentación requerida. Si se me prestan servicios médicos sin la debida aprobación del seguro, entiendo que esto puede causar una reducción o un rechazo de la cobertura, por lo cual se me hará responsable, y que cualquiera de las acciones antedichas no garantizan que mi aseguradora pagará los reclamos. Cualquier rechazo de los reclamos será un asunto entre el titular de la póliza y mi aseguradora. Entiendo que los servicios médicos podrían no prestarse si no existe la debida derivación en el archivo.

**Acuerdo financiero:** Acepto que el pago debe efectuarse en su totalidad en el momento del tratamiento. Entiendo que podrían cobrarme una factura separada por los servicios prestados por otros profesionales del edificio, lo que incluye, entre otros, los servicios de laboratorio. Entiendo que si no se obtiene una derivación por parte de mi aseguradora, o si mi aseguradora se niega a cubrir alguno o todos los cargos por los servicios provistos, soy responsable y acepto pagar todos los cargos que mi compañía aseguradora rechace. Todas las preguntas o desacuerdos con respecto a la cobertura del seguro o a los pagos de beneficios son un asunto entre el titular de la póliza y la aseguradora. Toda asistencia que Fenway brinde en este asunto es estrictamente de cortesía y no implica responsabilidad alguna por parte de Fenway de presentar, hacer un seguimiento o confirmar el asunto. Acepto que si, por cualquier motivo, un cheque es devuelto a mi cuenta, seré responsable de pagar una tarifa de \$25.00 por cheque devuelto, además de las tarifas originales por los servicios. Si surgieran saldos por copagos de la aseguradora, coseguros, deducibles, terminación de la cobertura, por no agregar a un dependiente al plan de la aseguradora, por falta de pago en el momento del servicio o por otras razones, acepto pagar todos los cargos dentro de los 30 días posteriores a la prestación de los servicios. Entiendo que Fenway se reserva el derecho de contratar a un abogado o a una agencia de cobros para asistir en la cobranza de cualquier saldo pendiente y para notificar a las agencias de informes crediticios con respecto a mi incumplimiento de pago.

**Certificación:** Declaro que la información que proporcioné precedentemente es verdadera y completa. Acepto informar de inmediato a Fenway sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro, mis beneficios o mi información personal. Autorizo el uso de una copia de esta autorización y firma con el mismo tenor del original en todos los reclamos y presentaciones del seguro, ya sea de manera manual, electrónica o telefónica. Entiendo y acepto que todos los términos del presente documento son reafirmados cada vez que se prestan servicios.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_