



ESTIMACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS

El Dr. David Cohen, el Dr. Arin Newman, el Dr. Daniel Wolfson ha discutido conmigo mi problema médico y me ha explicado en términos comprensibles el/los siguiente(s) procedimiento(s) que se llevarán a cabo como parte de mi tratamiento.

Como un servicio para nuestros pacientes, proporcionamos la siguiente estimación de los costos médicos probables que usted deberá pagar por su procedimiento ambulatorio. Usted será responsable de cualquier costo no cubierto por Medicare o por cualquier otro seguro médico.

Tenga en cuenta que esta es **solo una estimación** de los honorarios cobrados por esta consulta médica. Esta estimación se basa en la información clínica y del seguro disponible al momento de la solicitud.

Procedimiento(s): _____

Diagnóstico: _____

Honorarios del médico: _____

Esta estimación **no incluye** los servicios prestados por otros médicos ni servicios como: anestesiólogos, pruebas de laboratorio/patología, costos del centro quirúrgico/hospital. Por favor, contacte al centro ambulatorio o al hospital y a su compañía de seguros para obtener una estimación de costos que refleje su nivel de cobertura, deducibles y coseguro.

1. Mi médico me ha informado completamente y entiendo los riesgos y beneficios asociados con el/los procedimiento(s), la posibilidad de complicaciones y las alternativas médicamente aceptables al/los procedimiento(s) descrito(s) anteriormente. Entiendo que puedo negarme a someterme a dicho(s) procedimiento(s).
2. Deseo realizarme el/los procedimiento(s) mencionados arriba. Ustedes pueden solicitar el pago ahora, pero también quiero que se facture a mi seguro para obtener una decisión oficial de pago, la cual se me enviará en una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). Entiendo que si mi seguro no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar siguiendo las instrucciones en la EOB. Si mi seguro paga, se me reembolsará cualquier pago realizado por adelantado, menos copagos o deducibles.
3. Entiendo que esto es solo una estimación y puede estar sujeta a variaciones. Reconozco que es mi responsabilidad confirmar con mi seguro médico el nivel de cobertura que tengo y qué monto será mi responsabilidad. Se me ha informado que otros profesionales de la salud pueden estar involucrados en mi tratamiento, y entiendo que esta estimación no incluye sus honorarios o cargos.

He leído y entiendo todo lo anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento planeado y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Se me ha informado y reconozco que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha hecho ninguna garantía o promesa con respecto a los resultados esperados o diagnósticos.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Mount Sinai Medical Center
Gummenick Building 1st floor
4300 Alton Rd
Miami Beach, FL 33140
Phone# 305-674-2498

Aventura Hospital
(Register on the 1st floor)
20900 Biscayne Blvd
Aventura, FL 33180
Phone# 305-982-7000

Surgery Center of Aventura
20601 East Dixie Highway
Suite 400
Aventura, FL 33180
Phone# 305-792-0323

Baptist Endoscopy
709 Alton Rd, Suite 130
Miami Beach, FL 33139
Phone# 786-204-4010