

Patient First®

Center #: _____

Account #: _____
[to be completed by Patient First staff]

Notificación relacionada con Autorización de Tarjetas de Crédito (Favor leer antes de firmar)

Al pasar su tarjeta de crédito y al firmar esta autorización, usted autoriza a Patient First a cargarle a su tarjeta de crédito cualquier monto que usted le adeude a Patient First o aquel monto que su aseguradora determine que es responsabilidad suya pagar por productos y servicios provistos por Patient First. Usted está de acuerdo en que Patient First le cargue a su tarjeta de crédito dichos montos ya sea al concluir esta visita, o en una fecha posterior.

Después del día de hoy, Patient First le notificará antes de hacerle cualquier cargo a su tarjeta de crédito que exceda \$25.00. Dicha notificación le será enviada por correo regular a menos que usted autorice que se le notifique electrónicamente, haciendo uso del formulario que aparece en la parte de atrás de este acuerdo. Le agradecemos asegurarse de que la información para contactarle que se encuentra en los archivos de Patient First sea la correcta.

Usted podrá obtener una copia de la presente autorización si así lo solicita. Usted puede revocar esta autorización escribiéndole a Patient First, Patient Accounts Department, 5000 Cox Road, Glen Allen, Virginia 23060. La revocatoria se hará efectiva cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de su recepción.

Acuerdo

Yo, el abajo firmante, por la presente declaro que soy usuario autorizado de la tarjeta de crédito que utilicé hoy, y por la presente autorizo a Patient First a cargarle a dicha tarjeta de crédito cualquier monto adeudado por productos y servicios provistos por Patient First. Estoy de acuerdo en pagar todo el monto cargado en conformidad con la presente autorización y en conformidad con el acuerdo entre el tarjetahabiente y el banco emisor de la tarjeta de crédito.

Firma del Usuario Autorizado

Nombre

Fecha

Patient First®

Autorización para Comunicaciones Electrónicas

Firmando al pie de esta página, usted autoriza a Patient First:

1. A utilizar correos electrónicos no encriptados o mensajes de texto para notificarle sobre algún cargo próximo a serle hecho a su tarjeta de crédito; y
2. A proporcionarle su información de contacto y el contenido de las notificaciones arriba descritas a aquellas personas personas utilizadas para enviarle a usted dichos correos electrónicos o mensajes de texto.

Su firma es indicativa de que usted comprende que:

- A. Patient First nunca incluirá resultados de exámenes ni otra información médica en correos electrónicos o en mensajes de texto no encriptados.
- B. Cuando usted así lo desee, podrá solicitar la suspensión del envío de correos electrónicos y de mensajes de texto, siguiendo las instrucciones que a este respecto aparecen incluidas en las comunicaciones de Patient First.
- C. Cualquier notificación por Email o por mensaje de texto incluirá su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha del servicio, saldo, y los últimos cuatro dígitos de su tarjeta de crédito.
- D. Que el Internet no es un medio infalible y que correos electrónicos o mensajes de texto no encriptados pudiesen ser interceptados y alterados por terceras personas no autorizadas. Usted está de acuerdo con informarle a Patient First lo antes posible sobre cualquier cambio en su correo electrónico, o en el número de teléfono utilizado para recibir mensajes de texto. Al firmar esta autorización, usted acepta el riesgo de que una tercera persona pudiese tener acceso o modificar su información.

Además, usted comprende que:

- Esta autorización es válida para todas sus visitas a Patient First hasta que ésta sea revocada por usted o por un período menor al permitido por la ley. Usted podrá solicitar y recibir una copia de esta autorización.
- Usted podrá revocar esta autorización de comunicaciones electrónicas enviando una solicitud escrita a 5000 Cox Road, Glen Allen, Virginia 23060, Attn: Privacy Officer.
- Si la información de contacto proporcionada por usted no es correcta, cualquier información divulgada bajo los términos de esta autorización tendría que ser redivulgada, corriéndose el riesgo de que ésta no quede amparada por la ley.
- Su derecho a recibir servicios médicos no se verá afectado si usted se niega a firmar esta autorización.

Firma del Paciente / Custodio /
Representante Personal

Nombre

Fecha