



---

---

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Acuso recibo del folleto de admisión de AHC, el cual incluye los derechos y responsabilidades del paciente; también confirmo que entiendo estos derechos y responsabilidades. También he recibido información sobre cómo se pagan los servicios y cómo ponerme en contacto con AHC por teléfono. Confirmo que he escogido esta agencia para recibir atención médica en el hogar y que ningún empleado de la empresa me ha pedido ni obligado a tomar la decisión de escoger a AHC.

Entiendo que AHC está asociado con Cone Health, CaroMont Health, High Point Regional, CMC Northeast Medical Center, Novant Health, Mission Hospitals, Community Care Partners, Haywood Regional, Vidant Health, Alamance Regional, Westcare Health System, Wellmont Health System y Morehead Memorial, quienes son sus dueños y lo controlan. Entiendo que puedo escoger a otros proveedores y que los grupos afiliados comparten las ganancias.

Confirmo haber recibido las normas de los proveedores de equipo médico duradero, prótesis, ortopedia y suministros (DME POS, por sus siglas en inglés) de los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) (como corresponda).

---

---

## ACUERDO RELATIVO AL EQUIPO

Entiendo que es mi responsabilidad revisar el equipo que recibo de AHC. El equipo que AHC me proporciona, nuevo o usado, debe estar en buenas condiciones. Acepto la responsabilidad por el equipo y lo devolveré a AHC en las mismas condiciones en las que lo recibí o asumo la responsabilidad de pagar el equipo que haya descuidado o estropeado. Soy consciente de que el equipo sigue siendo propiedad de AHC, a menos que lo compre y lo pague completamente.

---

---

## OTROS SERVICIOS O SUMINISTROS DE MEDICARE

Entiendo que mientras siga el plan de atención médica de la empresa, esta coordinará por mí todos los servicios médicamente necesarios, así como todos los suministros médicos. Si yo hago mis propios arreglos para obtener estos servicios o suministros, entiendo que Medicare no me reembolsará a mí ni a mi proveedor, y yo seré responsable del costo.

---

---

## AUTORIZACIÓN DE PAGO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga directamente a AHC en mi nombre. Asigno el pago por parte de terceros que se ocupan del pago de todo lo que no se haya pagado por servicios, suministros, equipo o medicamentos proporcionados por AHC y a quienes están autorizados a enviar una factura. Entiendo que soy responsable de los honorarios que esta asignación no cubre.

---

---

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es posible que su compañía de seguro no pague el 100% del precio. Si es así, le informaremos tan pronto como sea posible, pero sin sobrepasar un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el personal de la empresa se entere del cambio. Es su responsabilidad informar a AHC de CUALQUIER cambio en la información de su seguro durante su tratamiento.

**TENGA PRESENTE QUE SERÁ RESPONSABLE DE TODO LO QUE SU SEGURO NO CUBRA.**

---

---

## INFORMACIÓN SOBRE LA GARANTÍA DEL EQUIPO

He recibido la información de cobertura de la garantía correspondiente al equipo que AHC me suministra. Se me ha informado que AHC cumplirá con todas las garantías de acuerdo a las leyes vigentes, incluyendo toda reparación o reemplazo que sean necesarios.