



FloridaHeart
AND VASCULAR

Ahmed F. Osman, MD David N. Kenigsberg, MD
Kenneth H. Zelnick, MD Kathir S. Subramanian, MD
Ronald E. Pachon, MD

Phone: 954-320-4200 Fax: 954-678-9533

Exención Legal

Yo, [Nombre del Paciente], reconozco que algunos médicos empleados por o afiliados a Florida Heart Rhythm Specialists, PLLC ("FLAHRs") pueden no tener un contrato con mi compañía de seguros de salud, lo que los convierte en proveedores "fuera de la red". Entiendo que tengo el derecho de preguntar a FLAHRs si el médico que me brindará atención tiene un contrato con mi compañía de seguros. He decidido ejercer o renunciar a ese derecho para los servicios prestados en [Fecha].

Renuncia de Mis Derechos:

___ Renuncio voluntariamente a lo anterior y autorizo expresamente a FLAHRs a facturarme el monto total o parcial de mi factura, independientemente de si mi médico ha obtenido autorización previa de mi compañía de seguros para el tratamiento.

___ Como resultado de esta renuncia, entiendo y reconozco que FLAHRs me cobrará sus tarifas estándar por la atención proporcionada, las cuales pueden ser más altas que las que pagaría si eligiera un proveedor contratado dentro de la red (es decir, un médico con contrato con mi compañía de seguros). Renuncio expresamente a estos derechos porque prefiero recibir atención médica de los médicos de FLAHRs. Comprendo y reconozco que hay otros médicos calificados en el área a quienes podría acudir para recibir tratamiento, algunos de los cuales aceptan mi seguro de salud, lo que podría disminuir el costo total del servicio de atención médica que deseo recibir.

___ Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas de manera completa y satisfactoria. Confirmando que he leído y comprendido completamente lo anterior, incluido el hecho de que estoy renunciando a ciertos derechos legales a los que, de otro modo, tendría derecho. Reconozco que he firmado esta renuncia libremente y sin ninguna coerción o presión indebida.

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Testigo: _____

Fecha: _____