



**RECONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL USO DE
LA TARJETA DE CREDITO PARA PAGAR SERVICIOS
MEDICOS**

3662 (Issued 12/24) (____ Revised or ____ Reviewed) Page 1 of 1

Mediante este formulario, se le informan los riesgos asociados al uso de la tarjeta de crédito para pagar servicios médicos. Si firma este formulario, reconoce afirmativamente que se le han informado estos riesgos y presta su consentimiento para proceder con el pago de servicios médicos con tarjeta de crédito.

Cada vez que se usa una tarjeta de crédito para pagar servicios médicos, reconozco y entiendo los siguientes riesgos:

- a. Las facturas medicas pagadas con tarjeta de crédito ya no se consideran una deuda médica.
- b. Si pago con tarjeta de crédito, estoy renunciando a protecciones estatales y federales relacionadas con las deudas médicas, entre las que se incluyen las siguientes:
 - i. Prohibiciones de embargo del salario y gravámenes a la propiedad.
 - ii. Prohibición de informar deudas medicas a agencias de crédito.
 - iii. Limitaciones de tasas de interés.

Reconocimiento:

Leí y entendí los riesgos mencionados arriba, y doy mi consentimiento para el uso de mi tarjeta de crédito para pagar.

Firma del paciente o representante personal

Nombre del paciente o representante personal en letra imprenta

Fecha/hora

Relación con el paciente

SOLO PARA USO INTERNO:

- El paciente no es capaz de firmar debido a su afección
- El paciente se negó a firmar

Nombre del miembro del personal del hospital

Fecha y hora