



FLORIDA  
PATIENT INFORMED CONSENT FOR TREATMENT AND  
FINANCIAL DISCLOSURE STATEMENT

Date \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
(please print)

### PATIENT INFORMED CONSENT TO BE TREATED

By signing below, I consent to be treated by the staff and providers of United Digestive partner practices and their affiliated companies. I understand that I have the right to refuse any procedure or treatment, and I have the right to discuss all medical treatments with my clinician. I understand the physical examination may include a medically appropriate examination of the pelvic area and/or rectum. I understand this facility will not acknowledge advance directives of any patient while in the facility.

\_\_\_\_\_  
Date

\*Patient /Authorized Representative Signature \*If patient is a minor (under the age of 18), form must be signed by a parent or legal guardian.

### FINANCIAL DISCLOSURE STATEMENT

Please read and sign this Financial Disclosure Statement prior to your appointment. Patients who do not pay in full at the time of service must complete the required information and insurance forms before service will be rendered.

You can expect to receive the following bills as a result of your visit:

- **Physician Fee:** Fee to be paid to the physician for performing the service. This bill will be from Gastroenterology Associates of Southwest Florida, LLC or United Digestive.
- **Lab Fee:** If a lab test is ordered, a second bill will come from a lab or a radiologist.
- **Technical Fee:** Fee to be paid for providing the technical component of an ancillary services such as ultrasound, FibroScan®, capsule endoscopy, etc.

Some insurance companies require precertification for this service. We will make every effort to verify your benefits and obtain any necessary precertification prior to your appointment. This is not a guarantee of payment.

Your insurance company will send you an Explanation of Benefits that will explain how your bill was paid by them and any amount for which you may be responsible. It is your responsibility to understand your insurance benefits.

Some insurance plans require you to pay different out-of-pocket amounts based on the location where the service is performed. Deductibles, co-insurance and co-payments may also apply according to your insurance plan. By law, you are responsible for these amounts, as well as any non-covered services outlined in your health plan. We will submit primary, secondary and tertiary claims on your behalf as long as the information needed to process the claim is obtained and verified before your visit. If this information is obtained after your visit or if the information provided is deemed inactive for your dates of service, the patient or guarantor is responsible for the balance.

**We accept cash, checks and major credit cards.** United Digestive partner practices and affiliates collect co-payments at the time of service. Additional payment may be required based on your insurance plan. If you have a balance due at any affiliate, your payment may be applied to the oldest balance first. In the event your account has a credit for one affiliate and a deficit for another, we reserve the right to transfer credits to any outstanding balances prior to issuing a refund.

For billing questions, call any United Digestive phone number and press 3 for a representative.

If you are unable to keep your appointment, please reschedule at least 48 hours in advance. A missed appointment will result in a \$25 fee. A \$30 fee will be incurred for returned checks.

### PATIENT'S REASSIGNMENT AND RELEASE STATEMENT

By signing below, I understand the billing practices of United Digestive and its affiliates, that I may receive multiple bills related to my service as explained above. I authorize payment of medical benefits to United Digestive and its affiliates and authorize them to release any medical information necessary to process claims. I give United Digestive and its affiliates permission to apply payments received to balances due at any of their affiliates and understand that payments may be applied to the oldest balance first. I understand that I am financially responsible for any co-payments, deductibles, co-insurance and non-covered services as outlined by my health plan.

\_\_\_\_\_  
Date

\*Patient /Authorized Representative Signature \*If patient is a minor (under the age of 18), form must be signed by a parent or legal guardian.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA SER TRATADO**

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para ser tratado por el personal y los proveedores de las prácticas asociadas de United Digestive y sus compañías afiliadas. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico. Entiendo que el examen físico puede incluir un examen médicamente apropiado del área pélvica y/o del recto.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma del representante autorizado\* \*Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) este formulario debe ser firmado por sus padres o custodio legal.

**DECLARACIÓN DE ESTADO FINANCIERO**

Lea y firme esta Declaración de Estado Financiero antes de su cita. Los pacientes que no pagan en su totalidad en el momento del servicio deben completar la información requerida y formularios de seguro antes de que el servicio sea prestado.

Usted puede esperar recibir las facturas siguientes, como resultado de su visita:

- **Honorario del Médico:** a tarifa que tiene que pagar al médico por realizar el servicio. Esta factura será de Gastroenterology Associates of Southwest Florida, LLC or United Digestive.
- **Honorario de Laboratorio:** Si se ordena una prueba de laboratorio, usted recibirá una segunda factura del laboratorio o radiólogo.
- **Tarifa técnica:** Tarifa que se pagará por proporcionar el componente técnico de un servicio auxiliar como ultrasonido, FibroScan®, cápsula endoscópica, etc.

Algunas compañías de seguros requieren certificación previa para el servicio. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios y obtener certificación previa necesaria antes de su cita. Esto no es una garantía de pago.

Su compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios que detallará cómo pagaron su factura fue pagada y cualquier monto por el cual usted sea responsable. Es su responsabilidad entender sus beneficios de seguro.

Algunos planes de seguro requieren que usted pague diferentes gastos de bolsillo con base en el lugar donde se brindan los servicios. También se pueden aplicar deducibles, coseguros y copagos de acuerdo a su plan de seguro. Por ley, usted es responsable de estas cantidades, así como de los servicios no cubiertos descritos en su plan de salud. Presentaremos reclamaciones primarias, secundarias y terciarias en su nombre, siempre y cuando la información necesaria para procesar el reclamo se obtenga y verifique antes de su visita. Si esta información se obtiene después de su visita, el paciente o la persona inscrita serán responsables del saldo.

**Aceptamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito.** Prácticas de United Digestive Partner y sus afiliados, colectan copagos en el momento del servicio. Pagos adicionales pueden ser requeridos sobre la base de su plan de seguro. Si usted tiene un saldo a pagar en cualquier filial, de su pago se aplicará primero al saldo más antiguo. En el caso de que su cuenta tenga un crédito para una de los afiliados de y un déficit para otro, nos reservamos el derecho de transferir créditos a los saldos pendientes antes de emitir un reembolso.

Si tiene preguntas sobre facturación, llame a cualquier número de teléfono de United Digestive y presione 3 para llamar a un representante.

Si no puede asistir a su cita, reprogramela al menos 48 horas antes. Se le cobrará \$25 por cada cita perdida. Se le cobrará \$30 por cada cheque devuelto.

**REASIGNACIÓN DEL PACIENTE Y DECLARACIÓN DE PRENSA**

Al firmar abajo, entiendo las prácticas de facturación de United Digestive y sus afiliados, y que puedo recibir varias facturas relacionadas con mi servicio como se explica más arriba. Autorizo el pago de las prestaciones médicas a United Digestive, y sus afiliados, y los autoriza a dar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Doy permiso a United Digestive y sus afiliados para aplicar los pagos recibidos a los saldos adeudados en cualquiera de sus afiliados y entiendo que los pagos pueden aplicarse primero al saldo más antiguo. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos como se indica en mi plan de salud.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma del representante autorizado\* \*Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) este formulario debe ser firmado por sus padres o custodio legal.