



TRANSPORT NUMBER _____

PATIENT _____

PATIENT CONSENT TO TRANSPORT

As a condition of receiving emergency transport and treatment by Life Flight Network, LLC "PROVIDER", I hereby agree to the following:

- 1) **Consent to Treatment:** I am suffering from a condition requiring emergency medical treatment and transport. I consent to transport and treatment by (Life Flight Network, LLC) "PROVIDER", including the administration of blood, blood products and blood derivatives and any other treatment deemed necessary in the judgment of Provider's medical crew (the "Services"). I am aware that the practice of medicine is not an exact science. No representations or guarantees have been made regarding the result of the Services.
- 2) **Insurance Certification and Authorization:** I accept responsibility for ensuring that all certifications or authorizations required by Medicare, Medicaid or any other private or public insurance carrier(s) or third party insurance carrier (collectively, "Insurance Carriers") have been obtained. I recognize that my Insurance Carrier may reduce benefits if these are not obtained and that I am responsible for any balance not paid by it. I recognize that some or all of the Services may be deemed not medically necessary by my Insurance Carrier, and that in such event, I may be responsible for the entire unpaid balance of Provider's charges. I agree to sign any documents necessary to authorize PROVIDER to contest any insurance denial.
- 3) **Guarantee of Payment and Assignment of Benefits:** I agree to pay Provider's charges for the Services, including but not limited to any co-payments, deductibles or other expenses not covered by insurance. Unless otherwise specifically agreed in writing or provided by law, all charges shall be due and payable on receipt of invoice. Unpaid accounts shall bear interest at the rate of 12% per annum, not to exceed the maximum amount permitted by law. Without limiting the foregoing, to the full extent necessary to pay Provider's charges in full, and subject to any limitations imposed by applicable law, I assign and transfer to PROVIDER all my rights in and to: (a) all insurance benefits (whether such insurance is owned by me or not) payable as a result of the injury or medical condition that necessitated the Services; (b) any and all proceeds paid or payable to me or on my behalf from any settlement, judgment or other award which is obtained as a result of the injury or medical condition necessitating the Services; (c) any causes of action that may be assigned according to applicable State law, which I now have or may have in the future against any person or entity arising directly or indirectly from the injury or medical condition which necessitated the Services. To the full extent permitted by law, I specifically instruct any attorney, insurance agent, or other party who represents me to abide by this assignment and to disburse from the attorney's trust account or other depository to PROVIDER any insurance proceeds necessary to pay Provider's charges in full. I also assign and request payment of authorized Medicare, Medicaid or other government and private health benefits be made directly to PROVIDER. Acceptance of this assignment by PROVIDER shall not constitute an undertaking by PROVIDER or any duty to secure payment of any of the benefits hereby assigned. This assignment shall not be deemed to be in substitution for any right or remedy which PROVIDER may have to secure and obtain full payment of its charges directly from the undersigned. All rights and remedies of PROVIDER pursuant to this agreement and by law are cumulative and the exercise of any right or remedy shall not be to the exclusion of the exercise of any other right or remedy.
- 4) **Release of Liability for Personal Valuables:** I understand and agree that PROVIDER is not responsible for personal valuables or belongings brought into the ambulance by me or representative, including, but not limited to, clothing, personal hygiene products, toiletries, dentures, glasses, prosthetic devices such as hearing aides, artificial limbs, medical assist devices, wallets, purses, credit cards, jewelry and money.
- 5) **Consent for Release and Use of Information:** I authorize any holder of medical or other information about me to release to Medicare, Medicaid or any other Insurance Carrier or their agents any information needed to determine benefits for this or a related claim, or for any other purpose permitted by law.
- 6) **Release of Police Reports:** I appoint PROVIDER as my attorney in fact under applicable State law for the purpose of obtaining police reports and other data related to the accident or incident for which Services were provided.
- 7) **Severability; Entire Agreement; Attorney's Fees:** In the event any provision of this Agreement is held to be invalid or unenforceable by a court of competent jurisdiction, such finding shall have no effect upon the validity or enforceability of the remaining portions hereof. The invalid or unenforceable provision shall be deemed severed and the remaining provisions hereof shall remain in full force and effect. This Agreement constitutes the entire agreement between PROVIDER and the undersigned. If any action at law or in equity is brought to enforce this Agreement, PROVIDER shall be entitled to recover reasonable attorney's fees, court costs, and any other costs of collection incurred. The undersigned has read this Agreement, has had an opportunity to ask any questions I have, has received satisfactory answers thereto and enters into it voluntarily.

Patient's Signature: _____ PRINT NAME: _____ Date: _____

Patient unable to sign because: _____

If patient is physically or mentally incapable of signing then an authorized representative can sign:

Authorized Representative Signature: _____ PRINT NAME: _____ Date: _____

Please indicate the relationship of the authorized representative: the patient's legal guardian; a relative or other person who receives governmental benefits on the patient's behalf; a relative or other person who arranges for the patient's treatment or exercises other responsibility for his or her affairs; a representative of an agency or institution which furnished other care or services to the beneficiary

If the patient was physically and mentally incapable of signing, AND no authorized representative was available or willing to sign, then:

Transport Crew Member PRINT NAME: _____ Signature: _____

AND Receiving Facility Rep PRINT NAME: _____ Signature: _____

Date & Time of Transport: Date _____ Time _____

*If I am signing on the patient's behalf, I understand that signing does not make me personally responsible to pay for the services rendered.



TRANSPORT NUMBER _____

PATIENT _____

PATIENT CONSENT TO TRANSPORT

LIFE FLIGHT NETWORK, LLC (“LFN”)

[La traducción al español es únicamente para su información y facilidad de entendimiento. La versión en inglés constituye la versión dispositiva y jurídicamente vinculante y en caso de cualquier inconsistencia con la traducción al español, la versión en inglés será la versión determinante.]

Contrato Para Transportación Medica del Paciente, Consentimiento y Asignación de Beneficios

Como condición de recibir transporte de emergencia y tratamiento médico proveído por LFN, yo acepto los siguientes términos:

- 1) **Consentimiento de Tratamiento:** Sufro de una condición que requiere tratamiento médico de emergencia y transporte médico. Voluntariamente doy mi consentimiento a ser transportado y tratado médicamente por LFN, un servicio de transporte medica aéreo de LFN, incluyendo la administración de sangre, productos de sangre o productos derivados de sangre, y cualquier otro tratamiento considerado necesario por los empleados médicos de LFN (los “Servicios”). Entiendo que la practica de la medicina no es una ciencia exacta, y no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.
- 2) **Certificación y Autorización de Seguro.** Acepto responsabilidad por asegurarme que todas las certificaciones o autorizaciones requeridos por Medicare, Medicaid o cualquier otra compañía de seguro pública o privada o seguro contra terceros (“Compañías de Seguro”) han sido obtenidas. Reconozco que mi Compañía de Seguro puede reducir mis beneficios si las requeridas certificaciones o autorizaciones no son obtenidas, y acepto pagar todos los gastos de servicios médicos que no hayan sido cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid o mi Compañía de Seguro. Acepto firmar cualquier documento necesario para autorizar que LFN apele o reclame cualquier decisión de mi Compañía de Seguro.
- 3) **Garantía de Pago y Asignación de Beneficios.** Acepto pagar todos los gastos por servicios médicos proveídos por LFN, incluyendo pero no limitado a cualquier co-pagos, deducibles o otros gastos no cubiertos por mi seguro. A menos que se acuerde algo distinto por escrito o proveído por ley, todos los gastos serán pagables en el momento que me den de alta del hospital. Cualquier cuenta que no sea pagada, comenzara a incurrir interés de 12% por año, pero no excedera la máximo financia permitido por ley. Sin limitar lo anterior, en el grado necesaria y sujeto a cualquier limitaciones impuestas por la ley aplicable, yo asigno a LFN todos mis derechos a: (a) todos los beneficios de seguro (aunque sean poseídos por mi o no) que sean pagables como resultado de la lesión o condición médica por la cual recibí los Servicios; (b) cualquier y todos los beneficios pagados o pagables a mi o por mi cuenta de cualquier arreglo, juicio o otro laudo que son obtenidos a resultado de mi lesión o condición médica por la cual recibí los Servicios; (c) cualquier causa de acción que puede ser asignada por ley del estado de Oregon, que tengo ahora o que pueda tener en el futuro contra cualquier persona o entidad, surgiendo directamente o indirectamente de la lesión o condición médica por la cual recibí los Servicios. Hasta el grado permitido por ley, específicamente dirigo que cualquier abogado, agente de seguros, o cualquier otra persona o entidad que me representa, se someta a esta asignación de beneficios y page de la cuenta de registre del abogado o cualquier otra cuenta, a LFN cualquier ganancias recibidas del seguro, necesarias para pagar los cargos de LFN al contado. También asigno y solicito que los pagos autorizados por Medicare, Medicaid o cualquier otros beneficios de salud proveídos por el gobierno o compañías de seguro privadas sean hechos directamente a LFN. La aceptación de LFN, de este asigno de beneficios, no constituirá compromiso o deber de parte de LFN, a asegurar el pago de ninguno de los beneficios asignados por esta asignación. Esta asignación no substituyera ningún derecho o remedio que LFN pueda tener, para el propósito de asegurar y obtener pago directamente de mi parte. Todos los derechos y remedios de LFN según lo acordado en este Contrato y por ley son acumulativos y el ejercicio de cualquier derecho o remedio no será a la exclusión de cualquier otro derecho o remedio.
- 4) **Exoneración de Responsabilidad Legal Sobre Objetos Personal de Valor.** Yo entiendo y estoy de acuerdo que LFN no será responsable por objetos personal de valor o otros personales traídos a la ambulancia por mi o mi representativo, incluyendo, pero no limitada a, prendas de vestir, artículos de higiene, dentaduras, gafas, aparatos protésicos, tarjetas de crédito, joyas y dinero.
- 5) **Autorización Para Divulgar Información de Salud Protegida.** Autorizo que cualquier persona que tiene información médica sobre mí, la divulge a Mediare, Medicare o cualquier otra compañía de seguro o sus agentes, hasta el grado necesario para determinar los beneficios para este reclamo o uno relacionado, o para cualquier otro propósito permitido por la ley.
- 6) **Authorization Para Divulgar Reportages Policiacos.** Yo designo a LFN como mi apoderado especial bajo las leyes del estado LFN para el propósito de obtener reportages policiacos y otros datos relacionados con el accidente o el incidente por lo cual recibí los Servicios.
- 7) **Divisibilidad; Acuerdo Total; Honorarios legales:** Si un tribunal de jurisdicción competente juzga que alguna disposición de este Contrato es inválida o no puede ejecutarse, dicha disposición quedara sin efecto únicamente en la medida de la invalidez o de la imposibilidad de su ejecución, sin que ello afecte de ninguna manera las disposiciones restantes de este Contrato. Este Contrato contiene el total entendimiento y acuerdo entre yo y LFN. Si una acción legal o acción en equidad es iniciada para hacer cumplir este Contrato, LFN tendrá el derecho a coleccionar honorarios legales razonables, gastos judiciales, y otros gastos relacionados con la acción. He leído este Contrato y he tenido la oportunidad de dirigir todas mis preguntas y he recibido respuestas satisfactorias y voluntariamente acepto los términos de este Contrato.

Firma del Paciente: _____ **Nombre (en letra de imprenta):** _____ **Fecha:** _____

El paciente no puede firmar porque: _____

Si el paciente esta fisicamente o mentalmente incapacitado de firmar la representante autorizada puede firmar:

Firma del representante autorizado: _____ **Nombre (en letra imprenta):** _____ **Fecha:** _____

Si es representante autorizado favor de indicar su relacion con el paciente: guardian legal del paciente; un pariente o otra persona quien recibe beneficios del gobierno en nombre del paciente; un pariente o otra persona quien arregla para el tratamiento del paciente o ejercita la responsabilidad de sus asunto; un representante de una agencia o de una institución que suministraron otro cuidado o servicios al beneficiario

If the patient was physically and mentally incapable of signing, AND no authorized representative was available or willing to sign, then:

Transport Crew Member PRINT NAME: _____ **Signature:** _____

AND Receiving Facility Rep PRINT NAME: _____ **Signature:** _____

Date & Time of Transport: Date _____ **Time** _____

Si estoy firmando en nombre del paciente, entiendo que al firmar no me hago personalmente responsable para pagar los servicios hechos