



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