



DECLARACIÓN INFORMATIVA

CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información dada para completar esta solicitud es verdadera. Además, entiendo que, según la norma 817.50, dar información falsa para estafar a un hospital con el objetivo de recibir bienes y servicios, incluyendo productos farmacéuticos, es un delito menor de segundo grado. El Estatuto de Florida 817.5685 establece que es ilegal poseer de manera ilícita y consciente la información de identificación personal de otra persona. Poseer la información de cuatro personas o menos es un delito menor de primer grado. El Estatuto de Florida 817.2341 prohíbe presentar o firmar de manera consciente un estado financiero o documento materialmente falso o engañoso ante el Departamento de Servicios Económicos (Department of Financial Services). La violación de este estatuto es un delito grave de tercer grado que se castiga según lo dispuesto en la ley de Florida.

A. Autorización para verificar empleo, historia de crédito y otra información económica

1. Autorizo a Jackson Health System a obtener verificación de mi empleo, historial de crédito y cualquier otra información económica, por ejemplo, estados de cuenta anualidades, etc., con el objetivo de determinar mi elegibilidad y continuidad para la obtención de donaciones, subvenciones y para cualquier otro programa de beneficios del gobierno que esté disponible.
2. Certifico que la información dada para completar esta solicitud es verdadera. Además, entiendo que, según lo establecido en el estatuto 817.50, dar información falsa para estafar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios, incluyendo artículos de farmacia, es un delito menor de segundo grado.

Esta autorización seguirá vigente durante todo el período de mi solicitud y elegibilidad.

B. Consentimiento para comunicaciones por celular, correo electrónico o mensaje de texto

1. Autorizo a Jackson Health System, a sus proveedores, incluyendo los proveedores de servicios, que se comuniquen conmigo para hablar sobre la posibilidad de recibir ayuda económica para el pago de mis cuentas o para los servicios de cobro y a sus sucesores, cesionarios, afiliados o agentes para que se comuniquen conmigo a cualquier teléfono asociado con mis cuentas, incluyendo teléfonos celulares u otros números presentados en el pasado, en el presente o en el futuro, cuyos cargos puedan ser de mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en que los métodos de comunicación



pueden incluir el uso de mensajes de voz automatizada o pregrabada, o sistemas de marcado automático, según corresponda.

¿Da su consentimiento para recibir llamadas como se indica arriba?

_____ Sí _____ No

2. Reconozco que soy responsable económicamente de todos los cargos que no cubra esta autorización.
3. Consentimiento para comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto: Con mi consentimiento abajo, autorizo el uso de cualquier dirección de correo electrónico o teléfono celular que dé para recibir información relacionada con instrucciones para el alta, otras comunicaciones de atención médica, y mis obligaciones económicas, incluyendo, entre otros: instrucciones después de la operación, instrucciones del médico para seguimiento, información dietética, información de recetas, recordatorios de citas, recordatorios de pago, portal para pacientes y enlaces a información de facturación.

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? Sí _____ No _____

¿Podemos comunicarnos con usted por mensajes de texto? Sí _____ No _____

Firma del paciente o representante

Nombre en letra de molde del paciente o representante/Fecha