

Marc D. Le Gras, B.Sc., M.D., C.M.
James P. Kyser, M.D.
Peter H. Chang, D.O.
Lindsay Urbinelli, M.D.
Melissa Yamauchi, M.D.
Jennifer Zupfer, PAC



300 N Graham, Suite 250
Portland, Oregon 97227
PH (503) 280-3418
FAX (503) 284-7885

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Núm. de cuenta _____ Fecha de nacimiento: _____ Doctor: _____

Yo, _____, recibí un dispositivo con el número de serie _____ del Centro de Cardiología Pediátrica de Oregon con el propósito de realizar estudios solicitados por el (mi) medico. Estoy de acuerdo con lo siguiente (haga favor de LEER cada párrafo y de ESCRIBIR SUS INICIALES en cada uno):

_____ Reconozco que estoy rentando este equipo para la identificación y/o grabación de eventos cardíacos. Estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por la pérdida o el daño que ocurra en el dispositivo (incluyendo los conductores del ECG, si corresponde) durante el tiempo en que yo lo tenga en mi posesión.

_____ Entiendo que el dispositivo **NO PUEDE MOJARSE**. **NO lo meta en el agua ni lo lleve cerca del agua.**

_____ Entiendo que al tomar posesión del dispositivo, estoy aceptando que el Centro de Cardiología Pediátrica de Oregon cobre a mi seguro médico la cuota minima de uso (*véase a continuación*). Si no tengo seguro medico o si mi seguro no cubre este cargo, la minima cuota de uso se me cobrará a mí directamente.

_____ Entiendo que si no devuelvo el monitor en las mismas condiciones de funcionamiento en las que lo recibí, esto resultará en el cobro de una cuota de sustitución de (*véase a continuación*). Entiendo que mi seguro medico NO pagará por la pérdida o el daño que haya ocurrido en el monitor, y estoy de acuerdo en que se cargue la cuota de sustitución en la tarjeta de crédito cuya información he proporcionado abajo, o en otros medios acordados de pago para la sustitución del monitor.

_____ Devolveré el monitor a más tardar a las 5:00 p.m. del día _____. Entiendo que hay un período de préstamo específico que ha sido discutido (y que se indica a continuación). La renovación del período de monitoreo deberá hacerse por teléfono con el medico que lo ordenó, antes de la fecha limite de devolución.

_____ Estoy de acuerdo en que se cargue una cuota de \$25.00 en la tarjeta de crédito cuya información he proporcionado abajo, o en otros medios acordados de pago, **por cada día** más allá del período de préstamo acordado en que tenga el dispositivo en mi posesión. **El seguro medico no cubrirá esta cuota.**

Holter Monitor

Período de préstamo: _____
Mínima cuota de uso: **\$377.00**
Cuota de sustitución: **\$2,800.00**

Braemar

Es decir, King of Hearts Monitor

Período de préstamo: _____
Mínima cuota de uso: **\$728.00**
Cuota de sustitución: **\$1,500.00**

Micro ER / Model 1000 HeartCard

Período de préstamo: _____
Mínima cuota de uso: **\$728.00**
Cuota de sustitución: **\$1,200.00**

**** Devolviendo el dispositivo para nosotros en el sistema de correo self-addressed siempre, estás tomando plena responsabilidad si el dispositivo está perdido o dañado. Se recomienda que asegurar el paquete en la Oficina de correos o enviarlo certificado o registrado. PCC no es responsable de dispositivos perdidos o dañados.**

Parte Responsable _____

Fecha _____

Tarjeta de credito # _____ Fecha de vencimiento: _____ CSC _____ Cheque núm. _____
(Adjunte impresión o cheque)

NOTA: SI NO DEVUELVE EL DISPOSITIVO, SE CARGARÁ A SU TARJETA DE CRÉDITO LA CUOTA CORRESPONDIENTE O SE COBRARÁ SU CHEQUE Y SE LE FACTURARÁ CUALQUIER SALDO RESTANTE.