

Douglas H. King, M.D.  
 Marc D. Le Gras, B.Sc., M.D., C.M.  
 James P. Kyser, M.D.  
 Peter H. Chang, D.O.  
 Andrew W. Hoyer, M.D.  
 Jennifer Zupfer, PA-C



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 mínima de uso (*véase a continuación*). Si no tengo seguro medico o si mi seguro no cubre este cargo, la mínima 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 límite 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: **\$2,100.00**

### 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 impresion 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.**