

Patient Label



SNGH SLH SCH SVBGH SOH SWRMC SMG Other: _____

CONSENT FOR TREATMENT: Sentara Hospitals, d.b.a. Sentara Norfolk General Hospital, d.b.a. Sentara Virginia Beach General Hospital, d.b.a. Sentara Careplex Hospital, d.b.a. Sentara Leigh Hospital, d.b.a. Sentara Williamsburg Regional Medical Center, d.b.a. Louise Obici Memorial Hospital or Sentara Medical Group (“Sentara”) accepts the above-named Patient for diagnostic testing, emergency or inpatient outpatient treatment/surgery or telehealth services. The undersigned hereby consent(s) to Sentara providing its standard services and supplying or administering all services, supplies, medications and anesthesia ordered by Patient’s or Hospital’s physicians/assistants, and to the performance of all procedures they deem advisable, and to the disposal of removed tissues and the use of photography for clinical purposes.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Sentara Hospitals, bajo el nombre comercial de Sentara Norfolk General Hospital, bajo el nombre comercial de Sentara Virginia Beach General Hospital, bajo el nombre comercial de Sentara Careplex Hospital, bajo el nombre comercial de Sentara Leigh Hospital, bajo el nombre comercial de Sentara Williamsburg Regional Medical Center, bajo el nombre comercial de Louise Obici Memorial Hospital o Sentara Medical Group (“Sentara”) acepta al paciente antes indicado para realizar exámenes de diagnóstico, tratamiento o cirugía de emergencia, interna o ambulatoria o prestar servicios de telemedicina. Los abajo firmantes por medio de la presente otorgan su consentimiento para que Sentara proporcione sus servicios regulares y provea o administre todos los servicios, suministros, medicamentos y anestesia que hayan ordenado los médicos o asistentes del paciente o del hospital, así como para la realización de todos los procedimientos que estimen convenientes, el desecho de tejidos removidos y el uso de fotografías con fines clínicos.

FINANCIAL AGREEMENT: The undersigned agree(s) to pay all charges made by Sentara based upon Sentara Hospital’s or Sentara Medical Group’s current charge master and the other medical providers at their current rate for services rendered and for supplies used in providing care and treatment to the patient. The undersigned understand(s) that any prepayment is for estimated charges only and agree(s) that the final bill may be different. Sentara is not in the business of extending credit. All charges shall be paid when due (within 30 days of initial billing.) The obligation of each undersigned is an original, direct and independent promise to pay based on the exclusive credit of each, and not a collateral or contingent promise to answer for the debt of another. If all charges are not paid when due, the undersigned agree(s) to pay 33 1/3% attorney’s fees, or collection agency fees, which shall be deemed incurred upon referral for collection, plus costs, and interest at the current rate applicable by Statute to Virginia Judgments. The return check fee is \$25.00. Financial Aid may be available to eligible patients by calling the business office.

ACUERDO FINANCIERO: los abajo firmantes aceptan pagar todos los cargos por parte de Sentara según el administrador actual de cargos de Sentara Hospital o Sentara Medical Group y los otros proveedores médicos a su tarifa vigente por los servicios proporcionados y por los suministros usados en la atención y tratamiento del paciente. Los abajo firmantes entienden que cualquier pago será únicamente por cargos estimados y aceptan que la factura final pueda ser diferente. Sentara no realiza transacciones comerciales de extensión de créditos. Los cargos se pagarán al final de sus plazos (en 30 días luego de la facturación inicial). La obligación de cada firmante es una promesa original, directa e independiente de pagar con base en el crédito exclusivo de cada uno y no una promesa colateral ni contingente de responder a la deuda de otro. De no pagarse todos los cargos en el momento debido, los abajo firmantes aceptan pagar 33 1/3% de las tarifas de abogado o agencias de cobro, las cuales se considerarán incurridas al hacerse la remisión de cobro, más los gastos e intereses a la tarifa actual aplicable según los Estatutos de Fallos de Virginia. La tarifa por cheque devuelto es de \$25.00. La asistencia financiera puede estar disponible para los pacientes elegibles al llamar a la oficina comercial.

The Patient and the undersigned responsible parties are primarily liable for payment of Patient’s account. Each of them authorizes and consents to Sentara and its agent’s use of any telephone number (including Cell phones), email address or text number they provide or publish, to message or contact them regarding their accounts or health related information. It is acknowledged that the patient may opt out of such communication at any time. It is the patient/responsible party’s sole responsibility to provide proof of insurance within 3 days of the date of service and to comply in a timely manner with all requirements, and supply all information and documents necessary to obtain payment of benefits by any HMO or insurer, TRICARE, Medicare, Medicaid, Workers’ Compensation carrier, governmental agency or other third-party source of benefits/payments. Sentara is not required to submit claims to such payees unless the patient supplies adequate insurance information for each account within timely filing guidelines. The undersigned understand(s) that hospital fees, professional fees for Emergency Physicians, Radiologists, Pathologists, and other physicians’ services are billed separately. Should there be cumulative payments to Sentara in excess of the charges incurred for Patient’s admission or treatment, it is agreed that the excess may be applied by Sentara to any of the Patient’s outstanding accounts resulting from other Sentara admissions and/or treatments. The undersigned agrees to pay for laboratory testing ordered for them by their physician, but performed in a Sentara reference laboratory.

El paciente y las partes responsables abajo firmantes tienen la responsabilidad principal del pago de la cuenta del paciente. Cada uno de ellos autoriza y otorga su consentimiento a Sentara y a sus agentes para usar cualquier número de teléfono (incluyendo celulares), direcciones de correos electrónicos o números de mensajes de texto, que proporcionen o publiquen, para enviar mensajes o contactarlos con respecto a sus cuentas o a su información de salud. Se reconoce que el paciente puede renunciar a dicha comunicación en cualquier momento. Es responsabilidad única del paciente o de las partes responsables ofrecer evidencia de seguro dentro de los 3 días de la fecha del servicio y cumplir de forma puntual con todos los requisitos, así como suministrar toda la información y documentos necesarios para obtener el pago de beneficios por parte de cualquier Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o compañía aseguradora, TRICARE, Medicare, Medicaid, corredora de compensación a los trabajadores, agencia gubernamental u otra fuente externa de beneficios o pagos. Sentara no tiene la obligación de enviar reclamaciones a estos beneficiarios, a menos que el paciente proporcione información adecuada de seguro para cada cuenta y cumpla con los lineamientos de tramitación de manera puntual. Los abajo firmantes entienden que las tarifas hospitalarias, las tarifas profesionales de Médicos de Emergencia, Radiólogos, Patólogos y de servicios de otros médicos se facturan por separado. En caso de que haya pagos acumulados a Sentara que excedan los cargos incurridos por el ingreso o tratamiento del paciente, se acepta que Sentara pueda aplicar el excedente a cualquiera de las cuentas pendientes del paciente que resulten de otros ingresos o tratamientos de Sentara. Los abajo firmantes aceptan pagar los exámenes de laboratorio que su médico les haya ordenado, pero que se hayan realizado en un laboratorio de referencia de Sentara.

