

### 1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

El abajo firmante otorga su consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse, incluyendo tratamientos o servicios de emergencia, los cuales pueden incluir, sin limitaciones: cuidados generales, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, tratamientos/procedimientos médicos o quirúrgicos y anestesia. No será responsable por pérdidas o daños de dinero, objetos de valor, propiedad personal y/o la ropa. Entiendo que Centro Quirúrgico Saxon tendrá el derecho cualquier momento para negarse a admitir o proporcionar atención médica o tratamiento.

### 1. CONSENT TO MEDICAL TREATMENT

The undersigned consents to the procedures which may be performed, including emergency treatment or services, and which may include but are not limited to general care, laboratory procedures, x-ray examination, medical or surgical treatment/procedures and anesthesia. I understand the Saxon Surgery Center shall have the right at any time to refuse to admit me or provide medical care or treatment.

### 2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El abajo firmante acepta que, en la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y para obtener reembolsos, el Centro Quirúrgico Saxon puede divulgar parte de los registros de los pacientes, incluyendo sus registros médicos, a cualquier persona o empresa que sea o pudiese ser responsable de parte o todos los cargos del Centro Quirúrgico Saxon, incluyendo, sin limitaciones, compañías de seguros, planes de servicios de salud o administradoras de las compensaciones de los trabajadores. El abajo firmante autoriza la divulgación de registros y/o información médica tanto desde el Centro Quirúrgico Saxon como hacia él, para fines de atención médica continua.

### 2. RELEASE OF INFORMATION

The undersigned agrees that to the extent necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement, Saxon Surgery Center may disclose portions of the patient's record, including his/her medical records, to any person or corporation which is or may be liable, for all or any portion of Saxon Surgery Center's charges, including but not limited to insurance companies, health care service plans or workers' compensation carriers. The undersigned authorizes the release of medical records and/or information both to and from Saxon Surgery Center for the purpose of continued medical care and payment. The undersigned authorizes Saxon to act as a representative on his/her behalf to dispute payment or allowances which includes, but is not limited to, the pursuit of a claim, underpayment, or appeal of a denied claim from my insurance carrier.

### 3. ACUERDO DE FINANCIAMIENTO

El abajo firmante acepta que, ya sea que firme como agente o como paciente, considerando los servicios prestados al paciente, él/ella se obliga individualmente a pagar la cuenta del Centro Quirúrgico Saxon conforme a las tarifas regulares y a los términos de las instalaciones. Si la cuenta debe ser transferida a un abogado o a una agencia de cobranzas, el abajo firmante pagará las tarifas de abogados correspondientes y los gastos de cobranza. Toda cuenta no paga acumulará intereses según la tasa que establece la ley.

Si el abajo firmante es paciente de Medicare, sabe que Medicare podría negar el pago. Si Medicare negara el pago, él/ella acepta hacerse personal y totalmente responsable del pago.

### 3. FINANCIAL AGREEMENT

The undersigned agrees, whether he/she signs as agent or as patient, that in consideration of the services to be rendered to the patient, he/she hereby individually obligated himself/herself to pay the account of Saxon Surgery Center in accordance with regular rates and terms of the facility. Should the account be referred to an attorney or collection agency for collection, the undersigned shall pay actual attorney's fees and collection expenses. All delinquent accounts may bear interest at the legal rate.

If the undersigned is a Medicare patient, he/she knows that Medicare may deny payment. If Medicare denies payment, he/she agrees to be personally and fully responsible for payment.

### 4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

El abajo firmante autoriza, ya sea que firme como agente o paciente, el pago directo al Centro Quirúrgico Saxon de cualquiera de los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a favor del abajo firmante por los servicios prestados. Se conviene que el pago al Centro Quirúrgico Saxon, conforme a esta autorización, por medio de una compañía de seguros, deberá eximir de toda obligación a dicha compañía de seguros, conforme a la póliza por el monto de dicho pago. El abajo firmante comprende que el/ella es responsable del financiamiento de los cargos no cubiertos por este contrato.

PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

SAXON  
SURGERY CENTER

Patient Name: \_\_\_\_\_

Case No. \_\_\_\_\_

**4. ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS**

The undersigned authorizes, whether he/she signs as agent or as patient, direct payment to Saxon Surgery Center of any insurance benefits otherwise payable to or on behalf of the undersigned for the services rendered. It is understood by the undersigned that he/she is financially responsible for charges not Saxonred by his/her insurance company under this agreement.

**5. ARBITRAJE**

Por este medio, acuerdo que cualquier conflicto que surja entre el paciente y Saxon Surgery Center o sus funcionarios, directores o empleados, entre los que se incluye, cualquier conflicto relacionado con una negligencia médica, ya sea que cualesquiera servicios médicos prestados conforme a este acuerdo hayan sido innecesarios, no hayan sido autorizados o hayan sido proporcionados en forma inapropiada, negligente o incompleta, será sometido a un arbitraje de acuerdo con la ley de California, y no mediante demanda o recurso judicial , con excepción de lo que establece la ley de California en lo que respecta a la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar este acuerdo, ambas partes renuncian a sus derechos constitucionales para que dicho conflicto sea decidido en un tribunal de justicia ante un jurado, y en vez de ello están aceptando que se recurra a un arbitraje. Dicho arbitraje deberá cumplir con las Reglas vigentes de Arbitraje Médico de la Asociación de Hospitales de California, la Asociación Médica de California. Este acuerdo de arbitraje se aplicará a cualquier reclamación legal o acción civil entablada por el paciente en contra de Saxon Surgery Center o sus funcionarios, directores o empleados en relación con cualesquiera servicios médicos proporcionados a menos que el paciente o el suscrito cuyas iniciales se incluyen abajo, anule dicho acuerdo mediante un aviso por escrito en un plazo de 30 días a partir de que este sea firmado. Un acuerdo de arbitraje no representará una condición previa para la prestación de servicios conforme a este acuerdo.

Si el paciente o yo no estamos de acuerdo en que se realice un arbitraje, entonces el paciente incluirá sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

Por el presente, certifico que he leído lo anterior, recibí una copia de este acuerdo, si fue solicitada, y soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente para ser su representante, formalizar lo anterior y aceptar sus términos.

**5. ARBITRATION**

I hereby agree that any dispute between the patient and Cove Surgery Center or its officers, directors, or employees, including, but not limited to any dispute as to medical malpractice, that is to whether any medical services rendered under this agreement were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompletely rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by lawsuit or resort to court processes except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this agreement by entering into it are giving up their constitutional right to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration. Such arbitration shall be in accordance with the current Medical Arbitration Rules of the California Hospital Association – California Medical Association. This arbitration agreement shall apply to any legal claim or civil action by patient against Cove Surgery Center or its officers, directors, or employees in connection with any medical services rendered , unless patient or undersigned initials below or unless rescinded by written notice within 30 days of signature. An agreement to arbitrate shall not be a precondition to the rendering of services under this agreement.

If patient or myself does not agree to arbitrate then he/she will initial here: \_\_\_\_\_

I hereby certify that I have read the foregoing, received a copy thereof if requested, and am the patient, the patient’s legal representative, or is duly authorized by the patient as the patient’s agent to execute the above and accept its terms.

**AVISO:**

**AL FIRMAR ESTE ACUERDO (REVERSO/SEGUNDA PÁGINA), ACUERDA QUE CUALQUIER CONFLICTO, INCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN DE NEGLIGENCIA MÉDICA, SEA DECIDIDO A TRAVÉS DE UN ARBITRAJE NEUTRAL, Y QUE ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A TENER UN JUICIO ANTE UN JURADO/EN UN TRIBUNAL A MENOS QUE INCLUYA SUS INICIALES EN EL # 5 ARRIBA.**

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151



Patient Name: \_\_\_\_\_

Case No. \_\_\_\_\_

**NOTICE:**

BY SIGNING THIS AGREEMENT (BACK/SECOND PAGE) YOU ARE AGREEING TO HAVE ANY DISPUTE, INCLUDING ANY CLAIM OF MEDICAL MALPRACTICE, DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY/COURT TRIAL UNLESS YOU INITIALED #5 ABOVE.

**6. PÉRDIDO O ROBO DE OBJETOS PERSONALES**

Saxon Surgery Center no se hace responsable por la pérdida, daños o robó de objetos personales en las instalaciones del Centro. Todos los efectos personales son de la responsabilidad del paciente.

**6. LOST OR STOLEN PERSONAL ITEMS**

Saxon Surgery Center is not responsible for any misplaced, broken, or stolen personal items on the Center's premises. All personal effects are the patient's responsibility.

**Aceptación del Cheque del Seguro / Insurance Check Acknowledgement**

Por favor lea la siguiente información con respecto a su responsabilidad de financiamiento por su procedimiento quirúrgico en el Centro Quirúrgico Saxon ("SAX") y confirme que comprende esta información firmando a continuación.

- El SAX remitirá un reclamo de indemnización a su proveedor del seguro por concepto de uso de nuestras instalaciones durante su procedimiento.
- Su proveedor del seguro puede enviarle un cheque directamente a usted. Por favor entienda que todo cheque enviado a usted por concepto de servicios prestados por SAX deberá endosarlo a SAX y devolverlo a nuestras oficinas inmediatamente. Si el cheque no es devuelto a nuestras instalaciones, será incluido en su saldo pendiente. Por favor note que el cheque de su proveedor del seguro es independiente de su parte como paciente.
- Por favor recuerde que las tarifas del SAX son por concepto del uso de nuestras Instalaciones. Recibirá cuentas por separado de su Médico y Anestesiólogo.

Please read the following information regarding your financial responsibility for your surgical procedure at Saxon Surgery Center ("SAX") and acknowledge your understanding of this information by signing below.

- SAX will submit a claim to your insurance provider for the use of our facility during your procedure.
- Your insurance provider may send a check directly to you. Please understand that any check sent to you for services rendered by SAX should be endorsed by you to SAX and returned to our office immediately. If the check is not returned to the facility, it will be included in your balance due. Please note the check from your insurance provider is separate from your patient portion.
- Please keep in mind that SAX's fees are for your use of our Facility. You will receive separate bills from your Physician and Anesthesiologist.

**Aceptación del Aviso de Privacidad / Privacy Notice Acknowledgement**

Me han ofrecido y he revisado una copia de la Notificación de Privacidad por parte del Consultorio del Cirujano y/o del Centro Quirúrgico Saxon de Thousand Oaks.

I have been offered and reviewed a copy of the Privacy Notice from the Surgeon's office and/or Saxon Surgery Center of Thousand Oaks.

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

**SAXON**  
SURGERY CENTER

Patient Name: \_\_\_\_\_

Case No. \_\_\_\_\_

## Regulaciones sobre Robo de Identidad / Identity Theft Regulation

En cumplimiento con la legislación reciente relacionada con el robo de identidad, nuestro centro está obligado a verificar la identidad de cada paciente antes de atenderlo. Por favor traiga consigo un documento de identificación con una fotografía reciente (Licencia de Conducir, Documento de Identidad, Pasaporte, etc.) a la cita. Si es menor de edad y no tiene un documento de identificación con una fotografía reciente, podemos aceptar en su lugar, el documento de identificación de un padre o tutor. Si no tiene un documento de identificación con una fotografía reciente por cualquier otro motivo, tendrá que venir con alguna persona a su cita, que pueda verificar y atestiguar su identidad, y necesitaremos una copia de su documento de identificación con fotografía.

In compliance with recent legislation regarding identity theft, our center is required to verify each patient's identity prior to service. Please bring in current photo identification (Driver's License, ID card, passport, etc) with you to your appointment. If you are a minor and do not have current photo identification, we can take a guardian or parent's identification in your place. If you do not have a current photo identification card for any other reason, you will need to bring someone with you to your appointment that can verify and attest to your identity and we will need a copy of their photo identification.

**He leído las Condiciones de Admisión, la Confirmación del Cheque del Seguro y la Confirmación de Notificación de Privacidad que se me han entregado.**

**He recibido la información en un idioma que entiendo y se me ha dado oportunidad de hacer preguntas sobre:**

- Instrucciones Anticipadas
- Mis Derechos Como Paciente
- Mis derechos y protecciones contra facturas medicas de sorpresa
- La Condición de mi Médico como Co-Propietario de este Centro de Cirugía Ambulatoria

**He leído este paquete de información antes de la fecha de la cirugía. Fecha de revisión: \_\_\_\_\_**

**I have read the provided Condition of Admission, Insurance Check Acknowledgement and the Privacy Notice Acknowledgement information in a language I understand.**

**I have received information in a language I understand and been given an opportunity to ask questions about:**

- Advance Directives
- My Rights as a Patient
- My Rights and Protections Against Surprise Medical Bills
- My Physicians Part Ownership in this Ambulatory Surgery Center.

**I have read this packet of information prior to the date of surgery. Review date: \_\_\_\_\_**

Nombre del Paciente / Patient Name \_\_\_\_\_

Paciente o Representante / Patient or Representative: \_\_\_\_\_

Relación / Relationship: \_\_\_\_\_

Testigo / Witness: \_\_\_\_\_

Fecha / Date: \_\_\_\_\_ Hora / Time: \_\_\_\_\_ am/pm

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

**SAXON**  
SURGERY CENTER

Patient Name: \_\_\_\_\_

Case No. \_\_\_\_\_