

# CONTRACTO DE ACUERDO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE OSCEOLA

Y

NOMBRE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

El departamento de salud del condado de Osceola se complace en ofrecer un programa de cuidado prenatal a pacientes que cualifiquen. El programa está disponible a pacientes que residan en el condado de Osceola y para aquellas sin ningún tipo de seguro medico.

## EL ACUERDO CUBRE

Prueba de embarazo

Todo cuidado prenatal rutinario:

Hasta 10 visitas prenatales

Hasta una visita de cuidado primario  
(de ser requerida)

Todo laboratorio clínico prenatal:

Cultivo de orina, perfil prenatal

Prueba 1 hora glucosa y 3 horas glucosa,

Prueba de anticuerpos, Strep B, AFP,

Prueba HIV

Hasta 2 sonogramas, si son requeridos

Hasta 2 visitas de posparto incluye prueba

Papanicolao y visita de planificación  
familiar

## EL ACUERDO NO CUBRE

Visitas a la sala de emergencias

Pruebas de laboratorio no rutinarias

Cargos por el parto no limitado a:

Hospital, anestesia, patología, parto  
ligadura de trompas, cargos por el recién  
nacido

Colposcopia

Prueba fetal de no-estrés

Perfil fetal biofísico

Embarazo de alto riesgo

Prueba auditiva para el recién nacido

Circuncisión al recién nacido

**Cargos no cubiertos por este contrato será la responsabilidad del paciente.**

## COSTOS AL PACIENTE

Primer trimestre (1 – 15 semanas) \$1,300.00      \$300 depósito / \$100 pagos mensuales

Segundo trimestre (16 – 28 semanas) \$1,200.00      \$400 depósito / \$125 pagos mensuales

Tercer trimestre (29 – 32\* semanas) \$1,100.00      \$400 depósito / \$150 pagos mensuales

\* Mujeres con 33 semanas de embarazo o más no son elegible para este programa.

## COMO INSCRIBIRSE

- Una entrevista financiera y prueba de ingresos, propiedades y prueba de residencia del condado de Osceola serán requeridas.
- A los solicitantes que cualifiquen se les requerirá un depósito y pagos mensuales que satisfagan el total de los cargos del programa.

## OTROS TERMINOS Y CONDICIONES

- Todo balance adeudado pendiente deber ser pagado en su totalidad antes de ser aceptado al programa.

- Si en cualquier momento, usted es elegible para beneficios completos de Medicaid este contrato será anulado. Cualquier sobre pago será devuelto o aplicado algún balance adeudado.

Por el presente declaro que he leído en totalidad toda la información anteriormente descrita y que la misma se me ha explicado a mi satisfacción. **Es de mi conocimiento que el no cumplir con las directrices del programa o el no cumplir con los pagos establecidos podrán resultar en mi terminación del programa, momento en el que todos los cargos pendientes se deberá.** Este acuerdo esta sujeto al a la aprobación por el Departamento de Salud del Condado de Osceola.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

**PAGARE**

Para consideración, la que suscribe acuerda pagar al Departamento de Salud de Condado de la Florida, Que es parte del Departamento de Salud de la Florida, una agencia del Estado de Florida, la suma de \$ \_\_\_\_\_, sin interés. Esta suma se satisface por la suscribiente con un depósito de \$ \_\_\_\_\_ con pagos subsiguientes de \$ \_\_\_\_\_ mensualmente, hasta pagos la totalidad. De no cumplir, el Departamento de Salud del Condado de Osceola referirá su cuenta a un agencia de cobro, que inclusiva 15.5% adicional al balance adeudado, que será pagado por el suscribí ente. De ser necesario recurrir al cobro de este pagare por vía de un proceso legal, vistas judiciales o por un abogado, la que suscribe pagará los costos del mismo además de cargos razonables de abogados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma de Tutor Legal o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo