



**FORMULARIO**  
**DE ELECCIÓN DE HABITACIÓN**

|  |                     |  |  |
|--|---------------------|--|--|
| <b>ELECCIÓN DE HABITACIÓN :</b> <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Preadmisión <input type="checkbox"/> Cambio de habitación   |                     |  | <b>Iniciales del usuario</b>                               |
| <b>PRIVADA</b> <input type="checkbox"/> La tarifa diaria puede variar entre <b>110,00 \$</b> y <b>219,00 \$</b> maximo ----->  |                     |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>    |
| Si no hay una habitación privada disponible y se me asigna una habitación semi-privada, yo acepto pagar la tarifa por la ocupación de una habitación semi-privada.   |                     |  |  |
| <b>SEMI-PRIVADA</b> <input type="checkbox"/> La tarifa diaria puede variar entre <b>68,12 \$</b> y <b>95,97 \$</b> maximo ----->   |                     |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>    |
| <b>SALA</b> <input type="checkbox"/> Ningun costo <b>0,00 \$</b> ----->  |                     |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>    |
| <i>(Los precios arriba mencionados estan sujetos a cambios sin previo aviso)</i>   |                     |  |  |
| <b>CONDICIONES PARTICULARES :</b>  |                     |  | <b>Iniciales del usuario</b>                               |
| Yo solicito una habitación privada o semi-privada y me comprometo a pagar la tarifa exigida por la habitación ocupada (incluyendo la unidad coronaria, la unidad de cuidados intensivos y la unidad de cuidados intermedios), igual si la permanencia en esta habitación se convierte clinicamente necesaria.  |                     |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>    |
| Yo acepto pagar un monto de 10 \$ con el fin que el establecimiento reclame a mi compañía de seguros los gastos ocasionados por la ocupación de una habitación semi-privada o privada y yo reconozco que es mi responsabilidad verificar las cláusulas previstas en mi contrato de seguros y, sino yo me comprometo a pagar los gastos no cubiertos por esta.  |                     | <input type="checkbox"/> SI<br><br><input type="checkbox"/> NO | <b>Iniciales del usuario</b>                               |
| <b>ASSURANCE :</b> _____   |                     |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>    |
|  | Compañía de seguros | Titular del seguro   |  |
| N° de la poliza/Contrato _____   |                     | Certificado/Identificación _____                               |  |
| <b>*** LOS MIEMBROS DEL PERSONAL MEDICO Y ENFERMEROS NO ES EL PERSONAL APROPIADO PARA DARLE INFORMACION RELATIVA A LOS COSTOS DE HABITACIÓN ***</b>  |                     |  |  |
| <b>CONDICIONES :</b>   |                     |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo puedo modificar mi elección de habitación en cualquier momento y reconozco que es potestad del hospital el asignarme una de acuerdo a mi elección y dependiendo de la disponibilidad de habitaciones.</li> <li>• Si la habitación que me es asignada temporalmente es de una categoría superior a la de mi elección, y si esta se requiere, yo acepto ser transferido a una habitación segun mi elección efectuada en el momento de mi admisión.</li> <li>• Yo acepto que todos los pagos hechos por mi compañía de seguros son destinados para pagar mi cuenta de hospitalización.</li> <li>• Por toda ausencia temporal, me comprometo a pagar mis gastos de hospitalización.</li> <li>• Yo acepto pagar los intereses a la tasa legal vigente despues de los 30 días de la fecha de mi estado de cuenta.</li> <li>• Yo autorizo al CHU de Québec-Université Laval a cargar a mi tarjeta de crédito toda suma exigida, sin previa autorización.</li> </ul> |                     |  |  |
| <b>Yo acepto las presentes condiciones y estoy de acuerdo con toda la información transmitida.</b>   |                     |  |  |
| Firma del usuario o del responsable _____ / _____  |                     | _____ / _____  |  |
|  |                     | (parentesco)   | aaaa/mm/dd   |
| Nombre impreso _____ / _____   |                     | Teléfono   | Firma del representante del CHU de Québec-Université Laval |

INFORMACION COMPLEMENTARIA AL REVERSO

Apellido :

Nombre :

# Expediente :

### PARA SU INFORMACIÓN

El seguro de hospitalización de Québec sufraga completamente los costos de su estancia en el hospital, a excepción de los costos suplementarios ocasionados según la elección de una habitación privada o semi-privada.

Usted puede escoger entre tres categorías de habitación :

1. Habitación privada (con costo);
2. Habitación semi-privada (con costo);
3. Sala de tres camas o más (sin costo).

La elección de la categoría de habitación, realizada en su admisión, representa un elemento determinante para establecer su facturación, también se tendrán en cuenta todas las modificaciones que usted haga en relación a la elección de habitación durante su hospitalización.

Este formulario constituye su compromiso a pagar los gastos suplementarios ocasionados por la ocupación de una habitación privada o semi-privada (incluyendo la unidad coronaria, la unidad de cuidados intensivos o la unidad de cuidados intermedios), igual si su permanencia en esta habitación se convierte clínicamente necesaria.

Algunas cláusulas del contrato de seguro pueden cubrir, en total o en parte, estos costos. Es importante que lo tenga en cuenta en el momento de la elección de su habitación. Así que, es su responsabilidad verificar las cláusulas previstas en su contrato de seguro.

Si usted no tiene un seguro, estos costos suplementarios podrán ser exigidos después de su admisión. Usted podrá pagar con tarjeta de crédito, tarjeta débito, cheque o en efectivo, solo presentándose a la oficina de recaudación.

Corresponde al personal de la oficina de admisión asignar las habitaciones en función a las peticiones efectuadas y a la disponibilidad de las mismas según las diferentes unidades de cuidados.

Para toda información concerniente a su elección de habitación o toda modificación relativa a la elección realizada, **puede comunicarse con el PERSONAL DE LA OFICINA DE ADMISIÓN a los números siguientes :**

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) :                 | 418 525-4444 Ext. 65612         |
| Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) :                | 418 525-4444 Ext. 87660         |
| Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) : | 418 525-4444 Ext. 47271 o 48268 |
| L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) :                  | 418 525-4444 Ext. 15354         |
| Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) :          | 418 525-4444 Ext. 54314         |

Para toda información adicional concerniente a las modalidades de pago, por favor **comunicarse con el PERSONAL DE LA OFICINA DE CUENTAS POR COBRAR a los números siguientes :**

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) :                 | 418 525-4444 Ext. 65547 |
| Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) :                | 418 525-4444 Ext. 87780 |
| Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) : | 418 525-4444 Ext. 48367 |
| L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) :                  | 418 525-4444 Ext. 15054 |
| Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) :          | 418 525-4444 Ext. 52466 |