University HealthCare Alliance

Por favor, lea este documento detenidamente. University HealthCare Alliance precisa que los Términos y Condiciones de Servicio se firmen en su totalidad, anualmente y sin modificación alguna.

1. DURACIÓN DEL ACUERDO

Entiendo que los términos y condiciones de este acuerdo para pacientes ambulatorios será válido por un año desde la fecha en que se firma y que se me pedirá que firme este acuerdo cada año. Entiendo que se me pedirá que corrobore que mis datos personales y del seguro médico estén correctos en cada visita a la clínica. Si alguna información personal o de seguro médico cambia, se lo informaré al personal de la clínica.

2. CONSENTIMIENTO MÉDICO

Yo, el paciente o representante legal infrascrito, doy consentimiento para el tratamiento y los procedimientos generales que puedan hacerse. Estos procedimientos pueden incluir, entre otros, los procedimientos de laboratorio, las radiografías, los tratamientos o los procedimientos médicos o quirúrgicos provistos al paciente según las instrucciones generales y específicas del médico o el cirujano. Entiendo que es responsabilidad de los médicos obtener consentimiento informado de sus respectivos pacientes cuando dicho consentimiento se requiera para tratamientos médicos o quirúrgicos específicos, y para procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos. Entiendo y acepto que, si el médico lo solicitara, otros profesionales médicos (tales como asociados médicos y enfermeros especializados) pueden participar en el cuidado de los pacientes.

3. HOSPITAL UNIVERSITARIO

University HealthCare Alliance está asociada con el **Stanford Health Care**, una institución docente que capacita a médicos, cirujanos, enfermeros y demás personal médico. Si el médico especialista lo solicitara, los residentes, practicantes, estudiantes de medicina, médicos que cursan su especialización postdoctoral y demás personal médico que esté capacitándose, puede participar, bajo la supervisión del médico especialista, en el cuidado del paciente como parte de su programa de estudios médicos.

4. FOTOGRAFÍA

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, videos u otras reproducciones digitales del paciente, lo que incluye fotografías del estado clínico o quirúrgico o del tratamiento médico, y para que se usen dichas fotografías, videos o reproducciones digitales con los fines que se permitan por ley. Doy mi consentimiento para que los médicos u otros profesionales de salud que pudieran estar alejados físicamente realicen las evaluaciones o examinaciones a través de medios tecnológicos por Internet lo que incluye, entre otros, comunicaciones por video, imágenes digitales y otro tipo de medios tecnológicos por Internet según lo determine el personal de salud a mi cargo. Entiendo que mi fotografía digital en cualquier formato puede usarse con fines pertinentes a Stanford Medicine, tales como el tratamiento, mejora en la calidad del servicio, seguridad de los pacientes, instrucción y seguridad. En circunstancias específicas y según lo exija la ley, se me puede pedir que preste un consentimiento por separado para la toma de fotografías, videos u otras reproducciones digitales y para el uso o divulgación de dichas fotografías, videos o reproducciones digitales. Si la imagen se utilizara para estudios de investigación y pudiera usarse directamente para identificar al paciente, se me pedirá que dé la autorización para usar o divulgar la cualquier imagen según lo exija la ley. Entiendo que, según la ley de California, no tengo permitido fotografiar, grabar o registrar ninguna imagen o conversación de un empleado de UHA o médico o paciente de UHA sin el consentimiento explícito de todas las partes involucradas y que violar esta ley puede traer consecuencias de responsabilidad civil o penal.

5. ACUERDO FINANCIERO

Por los servicios que se prestarán, acepto la responsabilidad financiera absoluta de la cuenta del paciente, de conformidad con las tarifas regulares y los términos de University HealthCare Alliance. Esto incluye la responsabilidad financiera de todos los deducibles y copagos que el seguro o el plan de salud del paciente pudieran exigir. También incluye los servicios o suministros que no están cubiertos por el seguro médico del paciente o por Medicare. Si la(s)

cuenta(s) del paciente se derivara(n) a un abogado o una agencia de cobranza, asimismo acepto pagar todos los gastos existentes del abogado y los gastos incurridos en relación con las acciones judiciales, aparte de otras cantidades de dinero que se adeuden. Cuando los servicios se facturen al seguro o plan de salud, o a otra fuente de pago, los párrafos 6 (Pacientes con planes de salud afiliados u otros medios) y 7 (Asignación de los beneficios del seguro) también se aplicarán.

6. PACIENTES CON PLANES DE SALUD AFILIADOS U OTROS MEDIOS

Entiendo que el paciente puede reunir los requisitos que le brinden cierta cobertura médica a través de un plan de salud (HMO, PPO) de la lista de planes con los que University HealthCare Alliance tiene contrato, o a través de otras fuentes (p.ej., patrocinadores de ensayos clínicos, seguro de indemnización por accidentes laborales por parte del empleador). Acepto asumir la responsabilidad, según el párrafo 5 (Acuerdo financiero) de pagar la cuenta del paciente: (a) si University HealthCare Alliance no tiene contrato con el plan de salud; (b) por cualquier copago y deducible; (c) por los servicios que no hayan sido aprobados por el seguro médico o por las otras fuentes; (d) por los servicios que no estén cubiertos o pagados por el plan de salud del paciente u otros medios, dentro de lo permitido por la ley o el contrato.

7. ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE)

Autorizo el pago directo a University HealthCare Alliance de cualquier beneficio del seguro que, de cualquier otro modo, se pagaría al paciente o en nombre del paciente por los servicios, a una tarifa que no exceda los cargos existentes. Entiendo y asumo la responsabilidad financiera según el párrafo 5 (Acuerdo financiero) de los cargos no pagados de conformidad con esta asignación. Si corresponde, asimismo doy fe de que la información proporcionada a University HealthCare Alliance para ayudar al paciente a solicitar el pago de Medicare es correcta.

University HealthCare Alliance ("UHA") es una fundación médica asociada con Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA tiene contratos con varios grupos médicos para brindar la atención médica en las clínicas UHA. Los médicos en las clínicas no son empleados de UHA, Stanford Health Care o Stanford University, por lo que estos no ejercen control sobre los servicios profesionales que brindan los grupos médicos.

El suscrito certifica que ha leído los Términos y Condiciones de Servicio, ha recibido una copia del documento y que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente o actúa en representación del paciente para aceptar y cumplir con sus términos.

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE/ **RELACIÓN CON EL PACIENTE/**
PATIENT OR RESPONSIBLE PERSON SIGNATURE ***RELATIONSHIP TO PATIENT***

_____ _____

FIRMA DEL TESTIGO/ **FECHA/**
WITNESS SIGNATURE ***DATE***

_____ _____

FIRMA DEL INTÉRPRETE/ **FECHA/**
INTERPRETER SIGNATURE ***DATE***

_____ _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE/ **IDIOMA/**
PRINT NAME ***LANGUAGE***

_____

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE/
POSITION/RELATIONSHIP TO PATIENT

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

De conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPPA), University HealthCare Alliance entrega a los pacientes una Notificación sobre las Practicas de Privacidad, que describe cómo puede usarse o divulgarse su información médica, y cómo puede obtener acceso a dicha información. En cualquier mostrador de recepción u oficina de registro encontrará copias adicionales de esta notificación. También puede solicitarlas llamando al Director de Cumplimiento y Gestión de Riesgos, al 510-731-2635.

University HealthCare Alliance
Resumen de Notificación sobre las Prácticas de Privacidad

EL SIGUIENTE ES UN RESUMEN DE NUESTRA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EN LA QUE SE DESCRIBE COMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA O LA DE SU HIJO ("USTED"), ASI COMO LA MANERA DE ACCEDER DICHA INFORMACIÓN. TAMBIÉN LE HEMOS ENTREGADO LA VERSIÓN COMPLETA DE ESTA NOTIFICACIÓN.

Nuestro compromiso de proteger su privacidad:
University HealthCare Alliance (la "Clínica") tiene el compromiso de proteger la privacidad de su información médica. Su atención y tratamiento médicos se documentan en un expediente médico. Para poder satisfacer sus necesidades médicas de la mejor forma posible, compartimos su expediente médico con los profesionales médicos que lo atienden. Asimismo, compartimos la información estrictamente necesaria para cobrar el pago por los servicios que le brindamos, para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales y para cumplir con las leyes que rigen la atención médica. No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro objetivo, sin antes obtener su permiso.

En relación con su información médica, usted cuenta con los siguientes derechos:
○ el derecho a revisar y obtener una copia de sus expedientes médicos, sujeto a un número limitado de excepciones;
○ el derecho a agregar un anexo o a corregir su expediente médico;
○ el derecho a solicitar un recuento de las ocasiones en que la Clínica ha divulgado su información;
○ el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica;
○ el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en una ubicación especifica; y
○ el derecho a recibir una copia de la versión completa de nuestra Notificación sobre las Practicas de Privacidad.

Es posible que usemos y divulguemos su información médica con los siguientes propósitos:
○ para brindarle tratamiento y servicios médicos;
○ para facturar y recibir el pago por los tratamientos y servicios que reciba;
○ para las funciones necesarias para administrar la clínica y asegurar que nuestros pacientes reciban una atención médica de calidad;
○ para participar en estudios de investigación, sujetos a ciertos requerimientos; (para obtener información más detallada, lea la versión completa de la Notificación sobre las Practicas de Privacidad); y
○ según lo exija o permita la ley.

Existen otras situaciones en las que podríamos divulgar su información médica sin su autorización, tales como:
○ para actividades de salud pública (p. ej., para informar sobre el abuso de o reacciones a los medicamentos);
○ a un organismo de supervisión médica, tal como el Departamento de Servicios de Salud de California;
○ en respuesta a una orden judicial o administrativa, citatorio, autorización o proceso similar;
○ a los agentes del orden público en ciertas circunstancias limitadas;
○ a personal forense, médico examinador, o director funerario; y
○ a organizaciones que gestionan la distribución o trasplante de órganos, ojos o tejidos

Nuestra notificación puede ser revisada o actualizada periódicamente. Lea nuestra versión completa de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener una descripción más detallada de nuestras prácticas de privacidad, sus derechos respecto de la información médica y la información de contacto pertinente.

Para obtener más información sobre la versión completa de las Prácticas de Privacidad, comuníquese con el director de Cumplimiento y Gestión de Riesgos al 510-731-2635.