

Condiciones de registro

Revise este Acuerdo detenidamente. Este es un Acuerdo legal que afecta sus derechos y obligaciones legales.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Doy mi consentimiento para los procedimientos médicos que puedan realizarse en la Fundación. Estos procedimientos pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, imágenes digitales para fines de atención y tratamiento, y tratamientos médicos o procedimientos quirúrgicos realizados por o bajo instrucciones especiales de mi médico. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de falla para lograr resolver la condición bajo tratamiento, lesión o incluso la muerte. Reconozco que no se me han otorgado garantías con respecto a los resultados de cualquier examen o atención.

RELACIÓN ENTRE LA FUNDACIÓN Y LOS MÉDICOS

Se me indica que todos los médicos y cirujanos de la Fundación prestan servicios médicos y quirúrgicos de acuerdo con su propio criterio profesional y licencia, y no bajo la dirección de la Fundación. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi médico tratante, y es responsabilidad del personal de la Fundación cumplir con sus instrucciones.

CONSENTIMIENTO PARA IMÁGENES DIGITALES CON FINES DE IDENTIFICACIÓN

Doy mi consentimiento para que la Fundación capture imágenes digitales mías con fines de identificación y seguridad.

PAGOS ABIERTOS

La base de datos Open Payments es una herramienta federal para buscar pagos efectuados por compañías farmacéuticas y de dispositivos médicos a hospitales de enseñanza y a médicos. Puede encontrar la base de datos en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS

Entiendo que un médico tratante, cirujano o profesional de la salud autorizado es responsable de obtener mi consentimiento informado para someterme a procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos, tratamientos médicos complejos (incluyendo procedimientos de investigación), cirugía y/u otros servicios especializados.

ACUERDO FINANCIERO

La Fundación brinda asesoramiento financiero para ayudarle a entender sus obligaciones financieras para los servicios de la Fundación, incluyendo deducibles, copagos, coaseguros, costos compartidos y otros montos que puede ser su responsabilidad pagar, así como la elegibilidad del programa de atención médica del gobierno, asistencia financiera (por ejemplo, atención de caridad, descuentos no asegurados) y programas de pago a plazos. **Si tiene alguna pregunta sobre su responsabilidad financiera por los servicios de la Fundación, visite sutterhealth.org o hable con un Defensor del Paciente, llamando al 866-681-0736.**

CARGOS DE LA FUNDACIÓN: Los cargos de la Fundación por servicios y artículos de atención médica se establecen de acuerdo con la lista de cargos habituales y acostumbrados de la Fundación. Estos cargos de vez

en cuando están sujetos a cambios. Si desea revisar los cargos o recibir un estimado de los cargos totales de la Fundación por su atención médica, visite sutterhealth.org o contáctenos al 866-681-0736.

PLANES DE SALUD: La Fundación mantiene una lista de planes de salud comerciales (por ejemplo, HMO, PPO, *Medicare Advantage*) con los que tiene contratos que está disponible, previa solicitud, visitando sutterhealth.org o llamando al 866-681-0736. Comuníquese con un Defensor del Paciente si tiene alguna pregunta sobre si su plan de salud está contratado con la Fundación, o si necesita ayuda para entender sus obligaciones financieras que se detallan a continuación:

- Si la Fundación **actualmente tiene un contrato** con mi **plan de salud comercial** o **plan de salud *Medicare Advantage*** que cubre mi atención médica en la Fundación, por la presente autorizo a la Fundación a presentar un reclamo al plan de salud comercial o al plan de salud *Medicare Advantage* para servicios de atención médica y artículos que proporciona la Fundación y, a elección de la Fundación, tomar medidas legales para obtener el pago del plan de salud comercial o del plan de salud *Medicare Advantage* de todos esos servicios y artículos en mi nombre. Entiendo y acepto que soy responsable de pagar directamente a la Fundación cualquier deducible, copago, costo compartido y coaseguro según lo determine mi plan de beneficios de atención médica, así como de todos los cargos por servicios y artículos que el plan de salud determine que no están cubiertos por el plan de beneficios de atención médica.
- Si la Fundación **no tiene un contrato** con mi **plan de salud comercial** que cubra mi atención médica en la Fundación, por la presente autorizo a que la Fundación presente un reclamo al plan de salud comercial por los servicios y artículos de atención médica que proporciona la Fundación y, a elección de la Fundación, tomar medidas legales para obtener el pago del plan de salud comercial de todos los servicios y artículos de atención médica en mi nombre. Entiendo y acepto que el plan de salud puede determinar que no es responsable de pagar mi atención y, en ese caso, **soy responsable de pagar los servicios y artículos de atención médica proporcionados por la Fundación**, por el monto total de los cargos habituales y acostumbrados de la Fundación por mis servicios y artículos de atención médica, calculados de acuerdo con la lista de cargos de la Fundación vigente en el momento de la atención, a menos que la Fundación y yo celebremos un acuerdo por escrito distinto. Entiendo y acepto que soy responsable de pagar directamente a la Fundación la diferencia entre el total de los cargos habituales y acostumbrados de la Fundación por mis servicios y artículos de atención médica, menos los montos pagados por mi plan de beneficios de atención médica.
- Si la Fundación **no tiene un contrato** con mi **plan de salud *Medicare Advantage*** que cubre mi atención médica en la Fundación, entiendo y acepto que seré responsable de pagar hasta el 100% del monto que Medicare pagaría por la atención.

MEDICARE Y MEDI-CAL: La Fundación es un proveedor de *Medicare* y *Medi-Cal*. Entiendo que soy responsable de pagar directamente a la Fundación cualquier costo compartido o copago que deba pagar en virtud de estos programas, así como cualquier cargo por tratamiento o servicios o artículos no cubiertos por estos programas que he solicitado y acordó, de antemano, ser proporcionado.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Entiendo que incluso si soy un miembro eligible de un plan de salud, el plan puede determinar antes, durante o después de que la Fundación me preste un servicio o me brinde un artículo de atención médica que uno o más servicios o artículos de salud no es un beneficio cubierto por mi plan de beneficios de atención médica. Si el plan de salud determina que un servicio o artículo de atención médica proporcionado a mí por la Fundación no es un beneficio cubierto en virtud de mi plan de beneficios de atención médica, por la presente autorizo a que la Fundación continúe pagándome el servicio o artículo no cubierto de montos superiores al total de los cargos habituales y acostumbrados de la Fundación, calculados de acuerdo con la lista de cargos de la Fundación vigente en el momento de la atención. Puedo ser elegible para un descuento por un servicio o artículo de atención médica no cubierto en virtud de la política de Asistencia financiera de la Fundación. recibí una estimación de buena fe por el costo de los servicios no cubiertos y el monto que figura en la factura supera el monto de la estimación de buena fe en más de \$400, entiendo que de acuerdo con la ley federal podría tener derecho a disputar el monto facturado.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo el pago directo a la Fundación de cualquier beneficio de mi plan de beneficios de atención médica por la atención médica de la Fundación, e irrevocablemente cedo a la Fundación los beneficios de mi plan de beneficios de atención médica para los servicios y artículos de atención médica de la Fundación. A su criterio exclusivo, la Fundación puede, a su elección y sin previo aviso, aceptar esta cesión de mis beneficios. Entiendo que, si la Fundación elige aceptar la asignación de beneficios, seguiré siendo responsable de pagar el monto adeudado en la cuenta, siempre que la Fundación aplique cualquier monto pagado por dicho plan de beneficios de atención médica al saldo adeudado. Me comprometo a cooperar con la Fundación en sus esfuerzos por cobrar de mi(s) plan(es) de salud y otras compañías de seguros.

OTRAS FUENTES DE PAGO: Nada en este Acuerdo financiero impedirá que la Fundación solicite el reembolso de otros terceros responsables (por ejemplo, planes de salud, aseguradoras de automóviles y de responsabilidad civil, administradores de terceros y programas de salud del gobierno) por cualquier monto que pueda ser adeudado de ellos.

DERECHO A RECHAZAR EL PAGO PARCIAL COMO PAGO COMPLETO: Si mi plan de salud emite un pago que es inferior al monto total adeudado por los servicios y artículos de atención médica proporcionados y establece que la Fundación debe aceptar el pago como pago completo, la Fundación se reserva el derecho de rechazar dicho pago como pago total y buscará el monto total adeudado por la parte o partes legalmente responsables.

AUTOPAGO: Si no tengo cobertura de una fuente de terceros para la atención médica y los artículos que la Fundación me proporciona, acepto pagar el total de los cargos habituales y acostumbrados de la Fundación, calculados de acuerdo con la lista de cargos de la Fundación vigente en el momento de la atención, menos el descuento no asegurado de la Fundación, a menos que califique para atención de caridad u otra asistencia financiera en virtud de la política de Asistencia financiera de la Fundación. Entiendo que la Fundación mantiene una política de Asistencia financiera y que, según mi situación financiera, el costo de los servicios y artículos de atención médica de la Fundación puede reducirse o incluso eliminarse en virtud de esta política.

También entiendo que los Defensores del Paciente están disponibles para: ayudarme a entender si califico para programas gubernamentales de atención médica, atención de caridad y descuentos para personas sin seguro; responder cualquier pregunta que pueda tener sobre este Acuerdo financiero; calcular mi responsabilidad financiera por los servicios y artículos de atención médica de la Fundación; y establecer un plan de pago razonable si así lo deseo. recibí una estimación de buena fe por el costo de los servicios y el monto que figura en la factura supera el monto de la estimación de buena fe en más de \$400, entiendo que de acuerdo con la ley federal podría tener derecho a disputar el monto facturado. Si elijo disputar los cargos, no se aplicarán intereses en mi cuenta mientras la disputa esté pendiente.

AVISO DE QUE LA FUNDACIÓN VERIFICA LA INFORMACIÓN FINANCIERA: La Fundación puede utilizar agencias externas que verifiquen la información que he proporcionado, incluyendo mi información de ingresos y crédito. La Fundación utiliza esta información para ayudarme a identificar posibles fuentes de pago para mis servicios de atención médica, obtener el pago de los servicios de atención médica y evaluar mi elegibilidad para recibir Asistencia financiera.

CONSENTIMIENTO A LA COMUNICACIÓN

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones a través de correos electrónicos automáticos, correos de voz, estados de cuenta escritos y/o electrónicos, mensajes de texto, llamadas automáticas y mensajes pregrabados para citas, facturación y fines relacionados con la salud. Entiendo que estas comunicaciones podrían generarme cargos por parte de mi proveedor de servicios móviles y no están encriptadas. Además, acepto que la Fundación, *Sutter Health* o sus filiales o agentes pueden usar los números inalámbricos y/o líneas residenciales que he proporcionado (o proporcionaré) para enviar mensajes informativos sobre mi atención y la facturación de dicha atención. Entiendo que puedo modificar mis preferencias de comunicación, ya sea a través de la cuenta *My Health Online* (MHO) o contactando a *Sutter Health* directamente.

MANTENER SEGUROS A LOS PACIENTES

La Fundación ha adoptado una política de tolerancia cero para la violencia dentro de nuestra Fundación. Como tal, estamos comprometidos a mantener un lugar de trabajo seguro y libre de amenazas y actos de intimidación y violencia. Para la seguridad de nuestros pacientes, visitas y personal, no se permiten armas, cuchillos, alcohol, drogas ilegales y otros materiales peligrosos en nuestras instalaciones. La Fundación espera que me conduzca de manera respetuosa, no violenta y no abusiva.

Iniciales del Paciente: _____

FIRMAS

Confirmando que he leído la información anterior y he recibido una copia de este formulario. Cualquier pregunta que pueda haber tenido ha sido respondida completamente y a mi satisfacción. Soy el paciente, el representante legal del paciente o, de lo contrario, estoy autorizado por el paciente para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre. Si no soy el paciente, entiendo y acepto que cualquier referencia a "yo" o "mi" se considera que incluye al paciente.

Fecha: _____ Hora _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente/representante legal)

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre (letra de molde): _____
(representante legal)

Firma del testigo: _____
(Los testigos solo se requieren para su consentimiento por teléfono, incapacidad física para firmar o firma por marca.)

Nombre del testigo (letra de molde): _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE UNA PERSONA QUE NO ES EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

Me comprometo a aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y a aceptar los términos de las disposiciones anteriores del Acuerdo financiero, de la Cesión de los beneficios del seguro y la Obligación del plan de salud.

Fecha: _____ Hora _____ AM / PM

Firma: _____
(representante legal/intérprete)

Nombre (letra de molde): _____
(representante legal/intérprete)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del testigo: _____
(Los testigos solo se requieren para su consentimiento por teléfono, incapacidad física para firmar o firma por marca.)

Nombre del testigo (letra de molde): _____

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO DEBE ENTREGARSE AL PACIENTE Y A TODOS LOS QUE FIRMAN EL DOCUMENTO