



Condiciones de registro

- Consentimiento médico y para procedimientos:** Doy consentimiento a los procedimientos que se puedan realizar durante mi cita clínica. Estos pueden incluir consultas, análisis de sangre no complejos o procedimientos de laboratorio, exámenes con rayos X, enfermería, telemedicina, visitas electrónicas y otros servicios proporcionados bajo la dirección de mi profesional médico. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que mi tratamiento puede conllevar riesgos. Reconozco que no me han dado garantías sobre el resultado de mi examen o tratamiento en esta clínica.
- Divulgación de información:** He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NPP, por su sigla en inglés), que describe cuándo la clínica puede usar o divulgar la información sobre mi salud con fines de tratamiento y pago. La NPP se incorpora a estas Condiciones de registro y Acuerdo financiero por referencia. Este aviso solo se proporciona la primera vez que recibo servicios en esta clínica; puedo obtenerlo en cualquier momento bajo pedido. Mis derechos legales relacionados con esta información me permiten presentar una queja si creo que los mismos han sido violados.
- Acuerdo financiero:** Acepto la responsabilidad financiera por todos los servicios recibidos durante mi cuidado. Sé que estos servicios pueden ser ofrecidos tanto en una clínica hospitalaria como en una clínica no hospitalaria, y que debería consultar con mi compañía de seguro de salud sobre cuál de estas dos opciones puede costar menos. Si tengo alguna pregunta ahora o en el futuro, puedo comunicarme con el personal de esta clínica. Acepto pagar con puntualidad todas las facturas por servicios recibidos durante mi cuidado. Si mi factura es remitida a un abogado o agencia para cobranza, pagaré los honorarios correspondientes del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas en mora quedan sujetas a interés a la tasa legal. Por la presente autorizo a la clínica y/o a su(s) agente(s) a solicitar información de crédito de varias agencias de informe de crédito para la cobranza de mi cuenta, como la cobranza de cuentas en mora, la evaluación de solicitudes de ayuda económica y mi calificación de crédito.
- Ayuda económica:** He sido informado sobre la política de ayuda económica de Adventist Health. Sé que puedo obtener más información sobre esta política en la(s) área(s) de registro de la institución, el sitio web AdventistHealth.org, llamando al (844) 827-5047, o escribiendo a: Adventist Health ATTN: Financial Assistance PO Box 619122, Roseville, CA 95661.
- Asignación de beneficios de seguro:** Asigno y autorizo el pago directo a la clínica de todos los beneficios del plan de seguro pagaderos por mi cuidado. Con esta autorización, todas las partes acuerdan que el pago a la clínica por parte de la compañía de seguro satisfará las obligaciones de la compañía de seguro con respecto al cuidado que recibí. Comprendo que seré responsable por pagar todos los cargos no cubiertos por dicha asignación.
- Asignación de Medicare:** Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago a una tercera parte, como el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta. Solicito que se efectúe el pago de beneficios autorizados en mi nombre, y autorizo a la Oficina de Administración del Seguro Social del Departamento de Salud y Servicios Humanos a divulgar información sobre mi elegibilidad de

cobertura bajo la Parte A y Parte B de Medicare, incluyendo, entre otras, la fecha de vigencia de dicha cobertura. También autorizo a mi(s) médico(s) que divulguen a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías que brinden servicios en su nombre cualquier información necesaria sobre este reclamo de Medicare u otros reclamos asociados.

7. **No discriminación:** He sido informado que la clínica no discrimina debido a edad, raza, origen étnico, color, ancestro, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género. Además, comprendo que las asignaciones de sala se efectúan teniendo en cuenta la orientación de género.
8. **Efectos personales:** Comprendo que soy responsable por todos mis efectos personales. Adventist Health no es responsable por el reemplazo de artículos perdidos o dejados en un lugar equivocado.
9. **Relación legal entre la clínica, los médicos y los profesionales médicos de nivel intermedio:** Los médicos y cirujanos, incluyendo entre otros los médicos de cabecera, otros médicos clínicos, radiólogos, patólogos, especialistas, cirujanos y algunas enfermeras con práctica médica, asistentes médicos y parteras que me brindan servicio NO son empleados de Adventist Health y han recibido el privilegio de usar la clínica para el cuidado y tratamiento de sus pacientes. Estos médicos pueden facturar por sus servicios en forma separada. Comprendo que me encuentro bajo el cuidado y supervisión de mi médico tratante. La clínica y el personal son responsables por poner en práctica sus instrucciones. Mi médico es responsable por obtener mi consentimiento informado, cuando corresponda, para tratamientos médicos específicos, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales, o servicios de la clínica brindados bajo sus instrucciones generales o especiales. Aviso al consumidor: los asistentes médicos son licenciados y regulados por el Comité de Asistentes Médicos (916) 561-8780 www.pac.ca.gov. Los médicos son licenciados y regulados por la Junta Médica de California (800) 633-2322 www.mbc.ca.gov.
10. **Fotografía:** Consiento a que se tomen fotografías, grabaciones, imágenes digitales o de otro tipo y monitorización de vigilancia con fines de diagnóstico, tratamiento o para la operación de la clínica, incluyendo la revisión por pares, educación o programas de capacitación administrados por la clínica. Se solicitará mi consentimiento para fotografías no relacionadas con mi tratamiento, como para comercialización o fines externos.
11. **Consentimiento a llamadas telefónicas para comunicaciones financieras:** Si el número de teléfono que proporcioné al hospital corresponde a un teléfono móvil, consiento por la presente a recibir llamadas autodiscadas y/o pregrabadas, incluyendo llamadas de cobranza de deudas o en nombre del hospital a este número en el curso de las comunicaciones comerciales de rutina.

Acepto la responsabilidad financiera por servicios brindados al paciente y los términos del Acuerdo financiero y la Asignación de beneficios de seguro.

He leído lo anterior, me han dado una copia y soy el paciente O el representante legal del paciente O he sido autorizado por el paciente a firmar en su nombre.

Firma del paciente/representante autorizado (*Patient/Patient Representative Signature*):

X _____

Fecha (*Date*): _____

Hora (*Time*): _____

Nombre en letra de molde (*Printed Name*)

- Soy el paciente
 Soy el representante legal del paciente
 He sido autorizado por el paciente a firmar en su nombre.

Si usted no es el paciente, identifique su relación con el paciente:

- Cónyuge Tutor legal Poder legal para el cuidado de la salud
 Padre o madre Garante Otro (especifique) _____

Firma y cargo del testigo (*Witness Signature and Title*): (necesario para pacientes que no pueden firmar o no tienen un representante)

X _____

Fecha (*Date*): _____

Hora (*Time*): _____

Nombre en letra de molde (*Printed Name*)

Firma del intérprete: _____

Nombre del intérprete, en letra de molde: _____

Idioma usado para traducir el documento: _____

Fecha (*Date*): _____ Hora (*Time*): _____