

Carilion Clinic Práctica Del Medico Acuerdo Financiero Y Consentimiento General

- 1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por la presente autorizo a los empleados, agentes y personal de Carilion Clinic y sus afiliados ("Carilion") y consiento a que realicen tales tratamientos médicos y exámenes, incluyendo procedimientos diagnósticos, los cuales en la opinión de los médicos míos/del paciente se consideren necesarios y recomendables. Si yo/el paciente falto de seguir lo que mandan los proveedores de cuidado de salud, o llevar a cabo el cuidado médico de seguimiento, yo/el paciente, lo hago a mi propio riesgo.
- 2. NO HAY GARANTÍA:** Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se han hecho ningunas garantías con respecto a los resultados de cualquier procedimiento, tratamiento, pruebas ni exámenes. Entiendo que los riesgos de tratamiento pueden incluir pero no se limitan a infecciones.
- 3. HOSPITAL DE ENSEÑANZA:** Entiendo que Carilion Clinic es un hospital de enseñanza, y que ciertos servicios al paciente podrán ser realizados u observados por estudiantes o aprendices en la profesión de salud, bajo la supervisión de empleados de Carilion u otros proveedores de cuidado de salud. Por la presente autorizo y consiento a estudiantes, aprendices o residentes ejecutar u observar ciertos servicios al paciente, incluyendo tratamiento médico, exámenes y procedimientos diagnósticos. Entiendo que en cualquier momento puedo negar que un estudiante, aprendiz, o residente participe en mi cuidado o tratamiento, informándole a mi proveedor de cuidado de salud; sin embargo, es posible que las instalaciones de educación médica no puedan continuar a proporcionarme cuidado si me niego a ser atendido por un médico residente.
- 4. PRESUNTO CONSENTIMIENTO PARA ANÁLISIS DE SANGRE:** Entiendo que bajo la ley de Virginia, en el case que un proveedor de cuidado de salud o una persona empleada por, bajo la dirección o control de un proveedor de cuidado de salud, sea directamente o indirectamente expuesta al fluido corporal de un paciente que pueda transmitir los virus que causan VIH o Hepatitis B o C, se considerara que el paciente ha dado su presunto consentimiento para prueba de VIH o Hepatitis B o C, y a la divulgación de los resultados de dichas pruebas a la persona que fue expuesta. Por ejemplo, la exposición pudiera ocurrir debido a un pinchazo accidental con una aguja. A esos pacientes que tienen un resultado positivo se le proporcionará la oportunidad de recibir los resultados personalmente, y asesoría apropiada.
- 5. ASIGNACIÓN DE PAGO:** En consideración a los servicios médicos que serán provistos a mi/el paciente, o a la solicitud mía/del paciente, le asigno a Carilion el pago por los servicios médicos provistos a mi/el paciente o por solicitud mía/del paciente, pagados por mi seguro médico o póliza de responsabilidad económica u otros arreglos o plan con una tercera parte que provee pago por servicios médicos o cuidado de salud o póliza de seguro, o de cualquier acuerdo o determinación legal, que resulte de cualquier incidente relacionado que causo el tratamiento médico. Conforme a esta asignación, reconozco y entiendo que si Carilion tiene una relación contractual con la compañía de mi seguro, Carilion le cobrara a esa compañía y aceptara pago de acuerdo con ese acuerdo contractual. Si Carilion no tiene una relación contractual con la compañía de mi seguro, reconozco y entiendo que Carilion pueda decidir no aceptar asignación y/o no cobrarle a mi seguro directamente. Sin una relación contractual yo puedo ser responsable por todos los cobros de servicio, independientemente de cualquier representación que haya hecho mi compañía de seguro, y sera mi responsabilidad conseguir reembolso de mi seguro. Si tengo preguntas acerca de si existe una relación contractual entre Carilion y la compañía de mi seguro, puedo dirigir esas preguntas al Servicio al Cliente de Facturación de Carilion Clinic.
- 6. AUTORIZACIÓN PARA REFERENCIAS Y SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que el plan de beneficios de salud, Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en ingles), o Seguro médico mío/del paciente pueda requerir una referencia y/o autorización antes de que se pueda realizar este servicio. También entiendo que el plan de beneficios de salud, HMO, o seguro médico mío/del paciente puede negar el pago debido a la falta de obtener una referencia y/o autorización, falta de identificar correctamente el plan o cobertura mío/del paciente, recibo de servicios no



CARILIONCLINIC

CMC - CRMH CMC - CRCH CFMH CGCH CNRV CRBH CTCH

Financial Agreement and
General Consent – Spanish

CHART-1086 Orig 3/17 Rev 3/18 Page 1 of 3

7/21 616662

PATIENT IDENTIFICATION

CHART-1086



Carilion Clinic Práctica Del Medico Acuerdo Financiero Y Consentimiento General

cubiertos o por cuales el paciente no es elegible bajo el plan o cobertura en el momento que se realizaron los servicios, o una determinación bajo el plan o cobertura que los servicios no eran necesarios médicamente. Reconozco y estoy de acuerdo que en el caso que sea negado el pago por estos servicios basado en las provisiones del seguro médico, HMO, o plan de beneficios de salud mío/del paciente, yo soy completamente y personalmente responsable por pagar la cantidad cobrada por estos servicios y me los cobrarán directamente.

7. **PROMESA DE PAGAR:** Entiendo que debo y estoy de acuerdo incondicionalmente de pagar a Carilion la cantidad de tarifa de acuerdo contractual o tarifa descontada determinada por la póliza de Carilion que se cobra por los servicios provistos a mí, mi hijo, y/o cualquier paciente por quien soy legalmente responsable, que no sean pagado para mí/ el paciente por una tercera parte dentro de sesenta (60) días desde facturación por los servicios médicos provistos. Entiendo que se puedan expedir facturas separadas por algunos servicios. Ejemplos incluyen pero no se limitan a: el Departamento de emergencia, hospital, médico, especialista, estudios diagnósticos, laboratorio, radiología, y/o anestesia. Adicionalmente, estoy de acuerdo en pagar el copago de mi seguro, coseguro, o gastos por cuenta propia al momento del servicio. Estoy de acuerdo de que si Carilion tiene que iniciar servicios de cobranzas para recuperar cantidades que debo, entonces, por encima de los costos por los servicios provistos, pagare, en la mayor amplitud que permite la ley: (a) cualquier y todo costo incurrido por Carilion en el proceso de cobranzas, incluyendo, pero no limitado a, cuotas razonables de abogado, y (b) cualquier costo de corte u otro costo de litigio incurrido por Carilion.
8. **DIVULGACIÓN, REVELACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE** (incluyendo información de salud protegida): Entiendo que Carilion usa un Registro Médico Electrónico. Autorizó a Carilion a obtener la información médica mía/del paciente de otros proveedores de cuidado de salud y sitios de cuidado de salud, y a divulgar la información médica mía/del paciente a cualquier médico involucrado en mi tratamiento; a cualquier sitio al cual yo/el paciente sea dado de alta, trasladado, y/o se presenta para tratamiento; los afiliados de Carilion Clinic, socios de negocio, u otros proveedores de cuidado de salud para los propósitos de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud incluyendo pero no limitado a facturas, el manejo de cuidado de salud, planificación del alta, aseguramiento de calidad, cobranzas, defensa de pleito legal o litigio anticipado, y/o cualquier compañía de seguro, organización de revisión u otra entidad que sea directamente o indirectamente responsable por el pago o revisión de servicios provistos por Carilion. También autorizo el uso de información para determinar si tengo cobertura de seguro u otros beneficios y, si lo hago, estoy de acuerdo en que Carilion Clinic puede facturar la cobertura descubierta de acuerdo con el alcance de este consentimiento. Consiento al uso, divulgación y revelación de la información de salud protegida mía/del paciente por todas las razones anteriores. Entiendo que mi información de salud podrá ser transmitida electrónicamente, en papel o verbalmente. Autorizó a Carilion a acceder y usar mi información de recetas de paciente de cualquier proveedor de cuidado de salud o encargado de beneficios incluyendo recetas que se hayan entregado a cualquier plan de seguro por reclamo. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en la manera en que se usa o se revela mi información de salud para tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud, y que Carilion no es requerido estar de acuerdo con tal solicitud por restricciones.
9. **AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN POR VIDA DE FIRMA MEDICARE:** Si yo / el paciente es un beneficiario (tengo seguro médico) de Medicare o Medicaid, pido que el pago de beneficios autorizados de Medicare/Medicaid se haga en nombre mío/del paciente por cualquier servicio provisto por Carilion o en una instalación de Carilion, incluyendo servicios de médicos. Autorizo a cualquier titular de información mía/del paciente que sea relacionado con los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid, el Departamento de Servicios de Asistencia Médica, y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Asigno los beneficios por pagar por médicos y otros servicios médicos al médico u organización que haya provisto servicios, y autorizo a



CMC - CRMH CMC - CRCH CFMH CGCH CNRV CRBH CTCH

Financial Agreement and
General Consent – Spanish

CHART-1086 Orig 3/17 Rev 3/18 Page 2 of 3

CHART-1086



PATIENT IDENTIFICATION

Carilion Clinic Práctica Del Medico Acuerdo Financiero Y Consentimiento General

tal médico u organización a entregar reclamos a Medicare y/o Medicaid por pago. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible, copago, y/o cualquier cantidad de cargos restantes.

10. **CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS DE TELÉFONO CELULAR:** Si en cualquier momento yo proveo un numero de teléfono celular a Carilion al cual puedo ser contactado, consiento a recibir llamadas (incluyendo llamadas de sistemas automatizados y mensajes grabados, y recordatorios automatizados de citas) a ese número celular de parte de Carilion, sus sucesores y asignados, y sus afiliados, agentes, contratistas independientes, incluyendo agentes de cobranzas, acerca de los servicios provistos, y/o mis obligaciones financieras relacionadas.
11. **ARTÍCULOS DE VALOR:** Entiendo que Carilion no sera responsable por ningún artículo de valor, dinero, o tal propiedad personal que se quede sin atender o retenido por mi/el paciente. En consecuencia, yo/el paciente asumo el riesgo de la perdida o robo de cualquier artículo de propiedad personal no depositado con Carilion para ser guardado, y estoy de acuerdo de mantener a Carilion libre de toda y cualquier responsabilidad que pueda resultar por la perdida de tal propiedad personal o artículos de valor.
12. **DISPOSICIÓN ADICIONAL PARA CASOS DE MENORES DE EDAD U OTRO PACIENTE POR QUIEN EL INFRASCRITO ES LEGALMENTE RESPONSABLE:** Yo, el infrascrito, reconozco y verifico que soy el tutor legal, guardián, o de otra manera legalmente responsable por el paciente.
13. **RECONOCIMIENTO: HE LEÍDO ESTE ACUERDO POR COMPLETO, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS Y ESTOY DE ACUERDO DE SEGUIR Y SER OBLIGADO POR ELLOS.** Certifico que toda la información que yo he provisto como parte de la registración es correcta. Por mi firma en la presente, reconozco que se me ha sido ofrecido y/o he recibido la Política de Practicas de Privacidad de Carilion.
14. **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD** (HIE por sus siglas en ingles): Para mejorar la coordinación de mi cuidado, autorizo a Carilion Clinic a divulgar electrónicamente mi información de salud protegida a otros proveedores de cuidado de salud involucrados en mi cuidado y tratamiento que participan en HIE local, estatal, nacional o internacional. Esta puede incluir información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedad mental, uso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), resultados de prueba de VIH, trastornos del desarrollo y resultados de pruebas genéticas.

Paciente o Persona Responsable

Fecha/Hora

Relacion al Paciente

Testigo

Fecha/Hora



CMC - CRMH CMC - CRCH CFMH CGCH CNRV CRBH CTCH

Financial Agreement and
General Consent – Spanish

CHART-1086 Orig 3/17 Rev 3/18 Page 3 of 3

CHART-1086



PATIENT IDENTIFICATION