

Patient Name: _____
MRN: _____ CSN: _____
D.O.B: _____ Admit Date: _____



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y CONDICIONES DE INTERNACIÓN

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Comprendo que mi estado de salud requiere cuidados médicos y/o hospitalarios, y yo autorizo y consiento para todos y cada uno de los procedimientos de diagnóstico, pruebas, tratamiento médico y cuidado hospitalario que se requieran para el diagnóstico de mi enfermedad y mi tratamiento por parte del médico y/o las personas que se designe, incluyendo enfermeras de práctica avanzada y médicos asociados, personal médico y otros representantes, y/o los empleados del University Health (el "University Health"), University Medicine Associates ("UMA") y/o UT Health San Antonio ("UT Health") proveedores de cuidado de la salud.

Asimismo, autorizo y doy mi consentimiento para las pruebas de necesidades especiales, prueba de enfermedades transmisibles incluyendo el VIH y las pruebas de Hepatitis B y Hepatitis C según lo permitido por la ley, el tratamiento médico y el cuidado hospitalario que mi(s) médico(s) u otros proveedores de cuidado de la salud involucrados en mi cuidado consideren necesarios. Comprendo, además, que los resultados de estas pruebas son confidenciales.

Autorizo a los enfermeros, los empleados y otros miembros de personal necesario del University Health para que sigan las indicaciones de mis médicos con respecto a los procedimientos y tratamientos que ordenen.

Reconozco que University Health es un centro de enseñanza e investigación y que mi tratamiento y cuidado serán observados y, en algunos casos, asistidos por residentes, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, y otro personal de salud en el curso de la educación y Entrenamiento. Consiento la presencia y participación en mi cuidado y en el uso de mis registros y especímenes para fines propósitos educativos. Comprendo que: (1) en ausencia de una emergencia, no se me realizará ningún procedimiento sustantivos, a menos que haya tenido la oportunidad de analizar los riesgos y beneficios con el médico a mi satisfacción; (2) tengo el derecho de dar mi consentimiento o negarme a consentir, a cualquier procedimiento propuesto o régimen terapéutico; (3) no participaré en ninguna investigación o procedimiento experimental sin mi pleno conocimiento o consentimiento; y (4) cualquier tejido, líquidos o partes que se extraigan de mi cuerpo mientras reciba atención médica y/u hospitalaria en el University Health pueden conservarse, desecharse o utilizarse para otros fines del University Health System u Otros proveedores.

Si recibo servicios contratados y financiados por el Texas Department of State Health Services ("TDSHS", por sus siglas en inglés), Doy mi consentimiento y autorización para participar en cualquier sistema de base de datos integrado del TDSHS con respecto a la recopilación y el procesamiento de mis datos de salud para fines de facturación financiera, integración clínica, colaboración y otras opciones de atención médica.

Entiendo que existen ciertos tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que requieren una explicación detallada de los riesgos y peligros involucrados. Si se determina que requiero tales tratamientos y/o procedimientos específicos, entiendo que se me pedirá que de un consentimiento por separado.

Entiendo que el sistema de salud está obligado por ley a evaluar a un recién nacido o bebé nacido en el University Health para detectar pérdida auditiva; sin embargo, los padres pueden rechazar dicha evaluación si eligen hacerlo.

SIN GARANTÍA

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y también reconozco que no se me ha dado ni se me puede dar ninguna garantía con respecto a los resultados de las pruebas, exámenes, tratamientos, procedimientos o cualquier otro servicio brindado en un establecimiento de University Health y/o brindado por cualquier médico o proveedor no médico del University Health u Otros proveedores.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES

Entiendo que los médicos, auxiliares médicos, enfermeras avanzadas u otros proveedores de cuidado de la salud involucrados en mi atención incluyen, entre otros, a los proveedores habilitados y autorizados, de conformidad con los Estatutos de University Health o University Medicine Associates (UMA), pero estos no son empleados ni representantes de University Medicine Associates, University Health o sus instalaciones. Los miembros del personal de cuidado de la salud de otras entidades pueden incluir a mi médico tratante, médicos que brindan servicios de consulta y otros miembros del equipo de atención médica. Entiendo también que los miembros del personal antes mencionado de entidades externas que no son empleados ni representantes de University Medicine Associates, University Health o sus instalaciones, actúan como contratistas independientes, que ejercen su propio juicio profesional sin control de University Health o University Medicine Associates, y que se los ha autorizado para usar las instalaciones de University Health para el cuidado y el tratamiento de sus pacientes.

DERECHOS DEL PACIENTE

Derechos generales/procedimiento de quejas Recibí información sobre mis derechos, que incluyen pero no se limitan a: el derecho a tomar decisiones médicas, como el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico; el derecho a participar en mi plan de cuidado; Y recibir atención médica en un ambiente seguro y libre de abuso o acoso verbal o físico. También recibí, información sobre el proceso relacionado con la presentación de quejas. Por la presente acuso recibo de la información sobre el proceso relacionado con la presentación de quejas.

Derecho a factura detallada y información sobre los cargos. Por la presente, reconozco que se me ha informado de mi derecho a recibir una factura detallada dentro 10 días a partir de la fecha de la solicitud, llamando al Servicio de al cliente de pacientes de University Health al (210) 358-3260, o escribiendo un correo electrónico a uh.customerservice@uhtx.com. y entiendo que también puedo recibir información sobre los cargos hospitalarios del University Health por los cuales seré responsable por el portal del paciente MyChart o llamando al número de Servicio de atención al cliente.



Derecho a recibir un presupuesto hospitalario aproximado de cargos Los cargos por servicios y procedimientos hospitalarios varían en función de muchos factores, incluido el tipo de procedimiento, los medicamentos, suministros y pruebas de laboratorio. University Health ofrece una herramienta de cálculo de precios en línea en <https://search.hospitalpriceindex.com/hpi2/hospital/UniversityHealth/9382> mediante la cual se pueden obtener presupuestos aproximados de cargos por procedimientos no urgentes, exámenes y servicios hospitalarios. Si no encuentra el procedimiento que necesita en nuestra herramienta de cálculo de precios o si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el Departamento de Autorizaciones Financieras al 210-644-6132 para pedir un cálculo personalizado de los costos, el cual deberá recibir dentro de los 10 días hábiles siguientes a su solicitud. La información sobre cargos hospitalarios se proporciona solamente a modo de aproximación y no garantiza sus cargos finales ni el cálculo incluye el costo independiente de los servicios de los médicos. El paciente sigue siendo responsable de liquidar todos los cargos asociados con la atención

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Acepto proporcionar oportunamente información completa y precisa al University Health y sus representantes y cooperar en todos los aspectos con la recaudación y divulgación de información financiera o de otra naturaleza que permita al University Health y a sus representantes buscar y obtener el pago de cualquier tercera parte y cualquier posible fuente de recuperación o reembolso, incluyendo mi seguro de automóvil, a fin de facilitar el pago de todos los cargos hospitalarios y médicos incurridos para mi cuidado. Además, entiendo que es mi responsabilidad solicitar y cooperar en todos los procesos alternativos de solicitud de fondos, que podrían ser posibles fuentes de reembolso por los cargos incurridos. Por la presente, autorizo al University Health y a sus representantes a tomar todas las medidas necesarias para solicitar el reembolso, reconozco y acepto que el University Health y sus representantes no están obligados a hacerlo ni serán responsables por su incumplimiento a menos que la ley disponga lo contrario. También reconozco y acepto que, a pesar de la asignación anterior, **no** es responsabilidad del University Health ni de los médicos presentar reclamos de seguro en mi nombre. Es mi responsabilidad buscar oportunamente **todos** los reembolsos de seguros, incluyendo todos los seguros de automóvil que sean aplicables, para obtener todas las autorizaciones previas, presentar cualquier reclamo contra cualquier parte financieramente responsable, y apelar a cualquier solicitud rechazada. Entiendo que si no tomo estas medidas, es posible que se me niegue el reembolso o el dinero que se me deba, al University Health

o a mis médicos y/o sus representantes, en ese caso entiendo y acepto que seré responsable, hasta el grado de responsabilidad legal, de pagarle al University Health y a sus representantes todos los cargos que no haya pagado mi seguro, mi plan de salud o una persona con la obligación de pagar. Las preguntas relacionadas con la facturación deberán enviarse directamente a la entidad que ha emitido la factura. Comprendo y acepto que el University Health y sus representantes podrán tomar cualquier acción permitida legalmente para cobrar dichos cargos, y que el incumplimiento con el pago oportuno de los cargos hospitalarios y/o médicos podría resultar en el reporte de la cuenta ante una agencia de crédito o en su remita a un despacho de cobranza, en cuyo caso acepto pagar los gastos judiciales y los gastos de cobranza razonables, además del saldo de la cuenta vencida. Si soy miembro de un plan de cuidado de la salud, entiendo que debo presentar mi identificación del Plan de salud en cada visita o podría ser responsable de todos los cargos facturados en el momento de la visita. Entiendo que soy responsable de todos los copagos y deducibles del plan y debo pagarlos al momento de la visita. En caso de solicitar servicios hospitalarios y/o médicos que no estén autorizados o cubiertos, o que no se consideren médicamente necesarios conforme a mi plan de salud, o si proporciono información inadecuada con respecto a la posible cobertura de seguro médico y/o de accidentes, y los cargos por mi tratamiento no se reembolsarán, Seré responsable de todos los cargos incurridos por mi atención, por consiguiente se me cobrará la factura y acepto pagar por el hospital y / o los servicios médicos a la tarifa de los cargos facturados habituales por dichos servicios y/o médicos. **Esto también aplica a los pacientes que reciben beneficios a través del Sistema de Cuidados de South Texas Veterans Health Benefits y a los miembros de CareLink.**

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y OTROS DERECHOS

Derechos y cesiones relacionadas con los planes de salud.

Asigno y transfiero al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos agentes, en la medida de lo permitido por la ley, para mí y mis dependientes, todos los derechos, títulos y intereses en todos los montos que puedan ser pagos por cualquier pagador (incluyendo, sin limitación alguna póliza de seguro de salud, de automóvil, de instalaciones, propietarios, de responsabilidad civil, de cobertura global o comercial) o conforme a cualquier programa de ayuda estatal, federal, municipal o gubernamental, para todo el cuidado médico o hospitalario brindado. Indico específicamente que el pago de dicha entidad o conforme a cualquiera de esos planes, pólizas y programas se realice directamente al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes, respectivamente y de conformidad con los servicios y elementos que me han brindado, y que mi intención es que cada entidad y/o sus representantes tengan un derecho de recuperación independiente sobre dichos pagos como un beneficiario de todos esos planes, pólizas y programas, en la medida de lo permitido por la ley. Además, asigno y transfiero al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes, todos los reclamos de derechos y causas contra cualquier persona o entidad que pueda ser económicamente responsable por el pago de mis cargos hospitalarios y contra cualquier persona o entidad que pueda haber causado o contribuido a la lesión o enfermedad por la cual he recibido tratamiento, y doy mi consentimiento al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes, de forma independiente o conjuntamente conmigo u otros, buscando la recuperación contra tales personas o entidades, en su propio nombre o en mi lugar, por los cargos incurridos durante mi cuidado. Los reclamos y las causas de acción de las acciones que asigno de conformidad con esta Cesión de beneficios y derechos incluyen, entre otros, reclamaciones o causas de acción que pueda tener relacionadas con cualquier póliza de seguro o plan de beneficios de salud, o cualquier otro parte bajo (ERISA, por sus siglas en inglés), las leyes de seguro estatales y el derecho común estatal.

Cedo además al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes todo derecho, reclamación y demanda para solicitar y obtener documentos de cualquier Plan de salud y sus compañías de seguro afiliadas, empleadores y administradores externos en relación con la cobertura o falta de cobertura de beneficios o el pago de cargos del cuidado médico u hospitalario brindado, que incluye, entre otros, mi certificado de cobertura, la póliza y/o la descripción resumida del plan; cualquier póliza maestra o documento rector del plan que difiera del certificado de cobertura, la póliza y/o la descripción resumida del plan; copias de cualquier póliza o procedimiento utilizado para tomar una decisión sobre mi reclamación; y una copia completa de la información de resolución de cualquier otra reclamación, de manera que el University Health, los otros proveedores y sus respectivos representantes puedan determinar si se realizó una revisión completa y justa.

Cedo al University Health, a los otros proveedores y a sus respectivos representantes mis derechos y cualquier reclamación o demanda para cobrar sanciones por el incumplimiento del Plan de salud a la hora de presentar la información necesaria de manera oportuna. Esta cesión de beneficios y derechos de apelación es irrevocable y por tanto: (i) el derecho del University Health de solicitar una compensación económica, presentar una apelación y/o cobrar el saldo de un paciente no puede ser revocado o limitado por mí ni por ningún acuerdo de tercera persona; y (ii) no permitiré que ningún administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) ni ningún Plan de salud bloqueen la comunicación directa conmigo.

Derechos y asignación relacionada con la recuperación de terceros. Cedo al University health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes, todo derecho, reclamación y demanda contra cualquier tercero que me haya ocasionado perjuicio legal (como a través de un accidente automovilístico) donde el University health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes me hayan brindado servicios como resultado del perjuicio legal. Acepto que el University Health, los otros proveedores y sus respectivos representantes tienen derecho al pago completo de todos los cargos que se hayan ocasionado como consecuencia del perjuicio legal que cualquier tercero me haya ocasionado, independientemente de cualquier beneficio pagadero o pagado por un Plan de salud en mi nombre. Acepto respaldar y transferir al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes cualquier cheque que me pague cualquier tercero por daños relacionados con los servicios que el University Health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes hayan brindado. No me opondré a que el University Health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes impongan un derecho de retención sobre la recuperación de un tercero. Notificaré a cualquier abogado que haya contratado y al tercero, que tengo una factura del hospital y de los representantes del hospital, y que dicha factura se debe cancelar a partir de cualquier liquidación.

Autorización para brindar información. Autorizo a cualquier Plan de salud y cualquiera de sus entidades afiliadas o a sus representantes a divulgar al University Health, a los otros proveedores y a sus respectivos representantes la información que tengan sobre mí, que esté o pueda estar relacionada con las reclamaciones cedidas por este Acuerdo.

Mis responsabilidades. Comprendo que el cumplimiento de los requisitos del Plan de salud (como la certificación previa, la autorización previa, los procedimientos de apelación o las segundas opiniones) es mi entera responsabilidad. Comprendo además que el incumplimiento de la certificación previa o la incapacidad de obtención de la autorización previa o de la segunda opinión puede dar como resultado la reducción o la falta del pago por parte del Plan de salud, lo que conlleva que el asegurado tenga la responsabilidad económica de cualquier parte de los montos cobrados por el hospital y por los representantes del hospital que no hayan sido pagados. Comprendo que soy el único responsable del inicio de una demanda dentro de los plazos de prescripción pertinentes independientemente de estos y que el University Health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes no son responsables de iniciar demandas en mi nombre. Comprendo, además, que estas cesiones y el hecho de que yo, el University Health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes obtengamos una verificación de beneficios y/o la autorización previa/certificación previa no me eximen de la responsabilidad económica de los bienes y servicios que me hayan brindado el University Health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes o cualquiera de sus médicos.

Alcance de las cesiones; acuerdo con respecto a otros documentos. Las cesiones que hice incluyen reclamaciones y demandas que puedan surgir en cualquier momento. Acepto que firmaré cualquier otro documento que el University Health, los Otros proveedores y/o sus respectivos representantes consideren razonablemente necesarios para que este acuerdo sea efectivo.

University Health me ha notificado que este Acuerdo con respecto a la cesión de beneficios y otros derechos es un documento importante y legal. Lo he leído (o alguien me lo ha leído) y comprendo la Cesión de beneficios y otros derechos mencionada anteriormente.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE

University Health está dispuesto y es capaz de actuar como representante de los beneficiarios de Medicare, sin cargo para los pacientes, en relación a reclamos para el pago de cargos de cuidado o para apelar decisiones adversas del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Se entrega un formulario aparte llamado "Designación de representante" a los beneficiarios de Medicare. Reconozco mi responsabilidad de firmar el formulario de "Designación de representante" del CMS, para que University Health pueda iniciar su rol como mi representante, a fin de obtener información y pruebas necesarias para las apelaciones y recibir notificaciones en relación con mi reclamo, apelación, queja o solicitud en mi nombre.

(SOLO PARA MEDICARE Y MEDICAID) Certificación y autorización del paciente para divulgar información y solicitar pagos
Certifico que la información brindada por mí en la solicitud de pago conforme al Título XVIII (Medicare) o Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo al hospital a divulgar a la Administración del Seguro Social o a intermediarios o compañías de seguro cualquier información necesaria para esta u otra reclamación de Medicare o Medicaid relacionada. Asimismo, solicito que el pago de mis beneficios autorizados de Medicare y/o Medicaid se realice al University Health, a los Otros proveedores y a sus respectivos representantes.

(SOLO MEDICAID) Declaración de reconocimiento de miembro

Entiendo que es posible que los servicios o los suministros recibidos por mí del hospital no estén cubiertos por Texas Medical Assistance Program ("Medicaid"), y que el organismo encargado de determinar si están o no cubiertos es Texas Health and Human Services Commission o su representante de seguros de salud. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios o suministros si no están cubiertos por Medicaid.

FOTOGRAFÍA/ Telemedicina

En este acto autorizo a mi médico y/o las personas designadas a grabar la conversación de mi tratamiento, o filmar mi imagen utilizando medios fotográficos, de vídeo, electrónicos o de audio para fines de identificación, diagnóstico, tratamiento, educación y/o capacitación. Esta autorización incluye el consentimiento para participar en comunicación electrónica remota, comúnmente llamada "telemedicina", con médicos u otros miembros del equipo de cuidado de la salud, si se determina que es médicamente necesario y adecuado para mi cuidado. Entiendo que tengo el derecho a rechazar mi participación o decidir dar término a mi participación a la grabación de la conversación o grabación de mi imagen, y que mi rechazo será documentado en mi historial médico. Esta decisión no afectará mi derecho a recibir cuidados o tratamientos médicos en el futuro.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Divulgación de información para pagos, reclamaciones y otros fines. Por la presente, autorizo al University Health, los Otros proveedores o cualquier entidad a cargo del seguimiento de asuntos relacionados al pago de reclamaciones a divulgar mi información demográfica, médica o económica que esté en su posesión para facilitar el pago de reclamaciones en mi nombre o en apoyo de otros fines del University Health o UMA. Esta información se puede divulgar a compañías de seguro, organizaciones de cuidados administrados, planes de beneficios de salud, administradores externos o pagadores y sus afiliados, agencias gubernamentales o cualquier organización que tenga contratos con cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente para la obtención de pagos.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Divulgación de información para pagos, reclamaciones y otros fines. Por la presente, autorizo al University Health, los Otros proveedores o cualquier entidad a cargo del seguimiento de asuntos relacionados al pago de reclamaciones a divulgar mi información demográfica, médica o económica que esté en su posesión para facilitar el pago de reclamaciones en mi nombre o en apoyo de otros fines del University Health o UMA. Esta información se puede divulgar a compañías de seguro, organizaciones de cuidados administrados, planes de beneficios de salud, administradores externos o pagadores y sus afiliados, agencias gubernamentales o cualquier organización que tenga contratos con cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente para la obtención de pagos.

Comprendo que la información que autorizo para su divulgación puede contener referencias a afecciones psiquiátricas, información sobre el consumo de drogas y alcohol, información de pruebas genéticas y los resultados de pruebas de laboratorio específicas, como un diagnóstico de VIH o sida (conjuntamente, "Información delicada"), a menos que revoque esta autorización con respecto a la divulgación de dicha información. Comprendo que puedo revocar esta autorización con respecto a la divulgación de cualquier tipo de información delicada. Para ello, debo enviar una notificación por escrito de dicha revocación al Departamento de Registros Médicos del University Health medical.records@uhtx.com, siempre que dicha revocación no entre en vigencia antes de que sea recibida por el University Health. Las preguntas al Departamento de Registros Médicos se pueden hacer por teléfono llamando al **(210) 358-3532**.

Información del directorio Salvo que solicite figurar como paciente confidencial, mi nombre se agregará al directorio de University Health y, si alguien pregunta por mí, por nombre, University Health podrá confirmar mi presencia e informar mi número de habitación y, si se solicita, mi estado de salud mediante un parte de una única palabra (bueno, regular, grave, crítico). NOTA: todos los pacientes que se encuentren en el sistema de cuidado tutelar o bajo la custodia de los servicios de protección de menores (CPS), así como los pacientes que se encuentren bajo la custodia de un centro correccional figurarán automáticamente como pacientes confidenciales.

Solicitud de confidencialidad

Deseo que mi información sea confidencial en el Directorio de University Health. **Entiendo que puedo cambiar mi estatus en cualquier momento para que se incluya mi nombre en el directorio llamando al (210) 743-0114.**

ENCUESTAS DE PACIENTES Por la presente autorizo al sistema de salud a usar mi información para realizar encuestas de satisfacción de pacientes que pueden incluir contactarme por teléfono o correo electrónico para aprender más acerca de mi experiencia con el sistema de salud.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Acuerdo financiero Acepto pagar al University Health, Otros proveedores y sus respectivos representantes y médicos (incluidos sus radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, hospitalistas, neonatólogos, médicos de sala de emergencias y consultores) todos los cargos y gastos incurridos. Entiendo y acepto que soy responsable de los cargos totales por los servicios prestados, independientemente de toda asignación de beneficios proporcionados. Asimismo, acepto que todos los montos cobrados deberán pagarse al momento de la solicitud. Si mi cuenta se convierte delincente y se refiere a un abogado o a una agencia de cobro, acepto pagar todos los cargos, intereses a la tarifas legales correspondiente, honorarios razonables de los abogados, costas judiciales y gastos de cobranza. Acepto que, en caso de tener un saldo de crédito con el University Health, los Otros proveedores y sus respectivos representantes por el motivo que fuere, el crédito se aplicará primero a cualquier saldo pendiente y, solo entonces, cualquier monto remanente me será devuelto a mí. Estos acuerdos se aplicarán independientemente de que el University Health, los Otros proveedores, sus respectivos representantes y médicos tengan o no contratos con mi Plan de salud. Si el University Health, los Otros proveedores o sus respectivos representantes tienen un contrato con mi Plan de salud, es posible que dicho contrato limite mi responsabilidad financiera.

Responsabilidad financiera de los miembros del Plan de salud. Si soy participante de un Plan de salud o estoy cubierto por una póliza de seguro, debo presentar una tarjeta de identificación del Plan de salud en cada visita; de lo contrario, acepto pagar todos los cargos facturados por el University Health al momento de la visita. Al presentar dicha tarjeta de identificación del Plan de salud, el University Health me confirmará si es o no un proveedor participante bajo mi Plan de salud en la fecha en la que se presten los servicios según la información que yo suministre University Health no garantiza que mi Plan de salud pague mis reclamaciones. Acepto pagar todos los copagos, coaseguros y deducibles correspondientes establecidos por mi Plan de salud al momento de la visita.

En caso de que mi médico o yo solicitemos que el University Health, los Otros proveedores o sus respectivos representantes presten servicios o provean suministros que no estén autorizados o cubiertos por mi Plan de salud, o que sean para mi conveniencia, acepto pagar el cargo facturado normalmente por dichos servicios o suministros.

Se me ha informado que debo comunicarme con mi Plan de salud para obtener información precisa sobre mi cobertura de beneficios, deducibles, copagos, coaseguros y demás disposiciones del plan que puedan afectar mi responsabilidad respecto del pago de servicios.

Servicios fuera de la red University Health no garantiza que todos los proveedores de cuidado de la salud de quienes reciba servicios pertenezcan a la red de mi Plan de salud o estén cubiertos por las pólizas del mismo. Comprendo que, si los servicios de otros proveedores de cuidado médico no están cubiertos por mi Plan de salud, se los considera servicios fuera de la red y yo soy responsable del pago de cualquier derivación no urgente, fuera de la red y servicios no cubiertos. Me han informado que, si deseo saber con qué planes de salud tiene contrato un proveedor de cuidado de la salud en particular, puedo solicitar dicha información directamente al proveedor, y sé que tengo el derecho de elegir un centro o proveedor en la red de mi Plan de salud.

Derecho de protección contra facturación sorpresa/facturas con saldos inesperados. Si sufro una condición médica de emergencia que requiere servicios de emergencia, y se determina que mi Plan de salud está fuera de la red de University Health o con otros proveedores de cuidado de la salud que me brinden servicios, University Health o dichos proveedores pueden cobrarme, como máximo, el monto de los costos de atención compartidos dentro de la red, como copagos, coseguros y deducibles. No me podrán facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pudiera recibir luego de estar médicamente estable, a menos que dé mi consentimiento por escrito y renuncie a las medidas de protección que impiden que me facturen los saldos por estos servicios posteriores a la estabilización. Sin embargo, reconozco que no estoy obligado a renunciar a las protecciones contra la facturación de saldos.

Aviso de relación entre el hospital y los médicos/otros proveedores de cuidado de la salud

Los médicos y otros proveedores de atención médica que me brinden tratamiento en un centro del University Health no son empleados o agentes de University Health. Son médicos o proveedores de atención médica que Tienen privilegios de personal en tal instalación. Por lo tanto, entiendo que estos médicos o proveedores de cuidado de la salud me facturarán sus servicios por separado. Comprendo que:

- Es posible que reciba una factura por servicios médicos de un médico que atienda en un hospital (como un radiólogo, anesthesiólogo, patólogo, médico del departamento de emergencias, hospitalista, o neonatólogo) por el monto no pagado por mi Plan de Salud;
- Puedo solicitar una lista de los médicos que atienden en un centro del University Health a quienes se les han otorgado privilegios como miembros del personal médico, o bien puedo acceder a la lista desde el sitio web del hospital;
- Puedo solicitar información sobre un médico u otro proveedor de cuidado de la salud que atiende en un centro para saber si tienen contrato con mi Plan de salud y en qué circunstancias puedo ser responsable del pago de cualquier monto no pagado por mi plan de salud.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA NO SUJETO A UN DOCUMENTO

Comprendo que University Health tiene la obligación de realizar pruebas de detección y brindar un tratamiento adecuado para una afección médica de emergencia sin importar si firmo o no este documento.

DESCARGO POR PÉRDIDA DE OBJETOS DE VALOR

Comprendo y se me ha informado que University Health mantiene un lugar seguro para guardar dinero, objetos de valor y efectos personales si es que no tengo otra alternativa para conservar esos objetos de valor bajo resguardo y que **University Health no será responsable por la pérdida o el daño ocasionado a mis bienes personales en ningún momento durante mi hospitalización, a menos que se encuentren bajo el resguardo del hospital.**

SE ME HA BRINDADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS ACERCA DE MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE, Y SOBRE LAS DECLARACIONES QUE REALIZO EN ESTE FORMULARIO. CON MI FIRMA CERTIFICO QUE ESTE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y CONDICIONES DE INTERNACIÓN SE ME HA EXPLICADO EN SU TOTALIDAD, QUE LO HE LEÍDO O QUE ME HA SIDO LEÍDO, Y QUE COMPRENDO Y ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES. COMPRENDO QUE, SI NO PROPORCIONO OPORTUNAMENTE TODA LA INFORMACIÓN DE SEGUROS, INCLUYENDO MI PROPIO SEGURO DE AUTOMÓVIL, CONTINUARÉ SIENDO RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS CARGOS POR LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS Y MÉDICOS QUE RECIBA. ENTIENDO, ADEMÁS, QUE RECIBIRÉ UNA FACTURA POR LOS SERVICIOS QUE SE ME HAYAN BRINDADO Y UNA FACTURA POR SEPARADO POR LOS SERVICIOS CLÍNICOS Y PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS U OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD ASOCIADOS QUE ME HAYAN ATENDIDO.

Si ejecuta este documento en nombre de un paciente, certifico que tengo la autoridad para firmar/ejecutar este formulario en nombre del paciente.

