

**University HealthCare Alliance**

Por favor, lea detenidamente este documento llamado “Términos y Condiciones del Servicio”. University HealthCare Alliance requiere que sea firmado en su totalidad, anualmente y sin modificaciones.

1. CONSENTIMIENTO MÉDICO

Yo, el paciente firmante o el representante legal, doy consentimiento para el tratamiento y los procedimientos generales que puedan hacerse. Estos procedimientos pueden incluir, a modo de ejemplo, 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 del médico obtener el consentimiento informado del paciente 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 (como auxiliares médicos y enfermeros especializados) pueden participar en el cuidado del paciente.

2. HOSPITAL UNIVERSITARIO

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

Acepto **No acepto**

3. ACUERDO FINANCIERO

Por los servicios que se prestarán, acepto tener 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 médico del paciente pudieran requerir. 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 cobranzas, asimismo acepto pagar todos los gastos reales del abogado y los gastos incurridos en relación con las acciones judiciales, aparte de otras cantidades de dinero que se deban. Cuando los servicios se facturen al seguro, al plan médico o a otra fuente de pago, los párrafos 4 (PACIENTES DE LOS PLANES DE SALUD CONTRATADOS Y OTRAS FUENTES) y 5 (ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO) también se aplicarán.

4. PACIENTES DE LOS PLANES DE SALUD CONTRATADOS Y OTRAS FUENTES

Entiendo que el paciente puede cubrir los requisitos para cierta cobertura médica a través de un plan médico (HMO, PPO) de la lista de los planes médicos con los que la red de atención médica *University HealthCare Alliance* tiene contrato o a través de otras fuentes (p.ej., patrocinadores de ensayos clínicos, seguro de compensación por accidentes de trabajo del empleador). Acepto la responsabilidad, según el párrafo 3 (ACUERDO FINANCIERO) de pagar la cuenta del paciente: (a) si *University HealthCare Alliance* no tiene contrato con el plan médico; (b) por cualquier copago y deducible; (c) por los servicios no aprobados por el plan médico u otras fuentes; (d) por los servicios no cubiertos o no pagados por el plan médico del paciente u otras fuentes, dentro de lo permitido por la ley o el contrato.


University HealthCare Alliance
5. ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE)

Autorizo el pago directo a la red de atención médica *University HealthCare Alliance* de cualquier beneficio del seguro que, de cualquier otro modo, se pagaría al paciente o en beneficio del paciente por los servicios, a una tarifa que no exceda los cargos reales. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable según el párrafo 3 (ACUERDO FINANCIERO) de los cargos no pagados de conformidad con esta asignación. Si fuera el caso, asimismo doy fe de que la información proporcionada a *University HealthCare Alliance* para ayudar al paciente a solicitar el pago de Medicare es correcta.

El firmante certifica que ha leído los Términos y Condiciones del Servicio, recibido una copia del mismo y que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente o en beneficio del paciente para aceptar y cumplir con sus términos.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

FIRMA DEL INTÉRPRETE

FECHA

NOMBRE (EN LETRAS)

IDIOMA

PUESTO/RELACIÓN CON EL PACIENTE

University HealthCare Alliance (“UHA”) es una fundación médica afiliada a Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA contrata a varios grupos médicos para proporcionar atención médica en las clínicas de UHA. Ni UHA ni Stanford Health Care ni Stanford University emplean a los médicos de las clínicas ni ejercen control sobre los servicios profesionales proporcionados por los grupos médicos.

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

De conformidad con la Ley de responsabilidad y transferibilidad de los seguros médicos (HIPPA), University HealthCare Alliance provee a los pacientes de una Notificación sobre las Normas de privacidad, que describe cómo la información médica del paciente puede usarse o divulgarse, y cómo el paciente puede tener acceso a dicha información. En la recepción o en la Oficina de Admisión hay más copias de esta Notificación. También puede solicitarlas llamando al Director de Privacidad de la red de atención médica *University HealthCare Alliance* al 650-725-1110.