

## Stanford Medicine Partners

Lea este documento detenidamente. Los Términos y Condiciones de Servicio de Stanford Medicine Partners deben firmarse en su totalidad, anualmente, sin ninguna alteración.

### 1. PERÍODO DE VALIDEZ DEL ACUERDO.

Entiendo que los términos y condiciones de este acuerdo para pacientes ambulatorios permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma y que se me pedirá que firme este acuerdo anualmente. Entiendo que se me pedirá que confirme que mi información demográfica y de mi seguro es correcta en cada visita a la clínica. Si mi información demográfica o de mi seguro cambia, informaré al personal de la clínica lo antes posible para actualizar mi información.

### 2. CONSENTIMIENTO MÉDICO.

Yo, el paciente o el representante legal abajo firmante, doy mi consentimiento para el tratamiento general y los procedimientos que puedan realizarse. Estos procedimientos podrían incluir, entre otros, estudios de laboratorio, exámenes radiográficos, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos proporcionados al paciente en virtud de las instrucciones generales y especiales del médico o del cirujano del paciente. Entiendo que es responsabilidad del médico obtener el consentimiento informado del paciente cuando este se requiera para un tratamiento médico o quirúrgico específico, y para procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales. Entiendo y acepto que, a pedido del médico especialista, profesionales de atención médica, incluidos asistentes médicos y profesionales de enfermería especializada, pueden participar en la atención del paciente.

### 3. INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN MÉDICA.

Stanford Medicine Partners está afiliada a Stanford Hospital and Clinics, que es un establecimiento de formación médica, en la capacitación a médicos, cirujanos, personal de enfermería y otro personal de atención médica. A pedido del médico especialista, y bajo su supervisión, residentes, pasantes, estudiantes de medicina, becarios de posgrado y otro personal de atención médica en formación pueden participar en la atención del paciente como parte de su programa médico.

### 4. FOTOGRAFÍA.

Doy mi consentimiento para que se obtengan fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas del paciente, inclusive de su afección o tratamiento médico o quirúrgico, y acepto el uso de fotografías, videos o reproducciones electrónicas para los fines permitidos por ley. Doy mi consentimiento para que un médico u otro profesional del equipo de atención médica que quizás no esté físicamente conmigo, realicen la evaluación y el examen a través de tecnologías virtuales, incluidos, a modo de ejemplo, video bidireccional, imágenes digitales y otras tecnologías virtuales determinadas por mis proveedores. Entiendo que mi imagen digital en cualquier formato podría ser utilizada para los fines de Stanford Medicine, como por ejemplo, para el tratamiento, la mejora de la calidad, la seguridad de los pacientes, la educación y la seguridad. En determinadas circunstancias y según lo requerido por ley, es posible que se me solicite un consentimiento por separado para tomar fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas, y para el uso o divulgación de estas fotografías, videos o reproducciones electrónicas. Si la imagen se utiliza con fines de investigación y podría emplearse directamente para identificar al paciente, me pedirán la autorización para utilizar o divulgar la imagen, según lo requerido por ley.

### 5. ACUERDO FINANCIERO.

Para los servicios que se suministrarán, acepto la responsabilidad financiera plena por la cuenta del paciente, de conformidad con las tarifas y los términos regulares de Stanford Medicine Partners; esto incluye la responsabilidad financiera por todos los deducibles y copagos que pueda requerir el seguro o el plan médico del paciente. Esto también comprende los servicios o suministros no cubiertos por el plan de seguro médico del paciente y/o Medicare. Asimismo, en caso de que la(s) cuenta(s) se remita(n) a un abogado o a una agencia de cobranzas para su cobro, acepto pagar los honorarios específicos de los abogados y los gastos incurridos relacionados con el juicio,

**Partners**

además de otros montos adeudados. Cuando se deban facturar los servicios al seguro, a un plan médico o a otra fuente de pago, también se aplicarán los párrafos 6 (Pacientes de planes médicos contratados y otras fuentes) y 7 (Cesión de los beneficios del seguro).

**6. PACIENTES DE PLANES MÉDICOS CONTRATADOS Y OTRAS FUENTES.**

Entiendo que el paciente podría reunir los requisitos para determinada cobertura de atención médica a través de un plan médico (HMO o PPO) incluido en la lista de planes médicos que Stanford Medicine Partners contrata, o a través de alguna otra fuente (p. ej., patrocinador de ensayos clínicos, seguro de indemnización por accidentes de trabajo). Acepto que seré responsable, en virtud del párrafo 5 (Acuerdo financiero), de pagar la cuenta del paciente: (a) si Stanford Medicine Partners no tiene contrato con el plan médico; (b) por cualquier copago y deducible; (c) por servicios no aprobados por el plan médico u otra fuente; (d) por servicios no cubiertos ni pagados por el plan médico del paciente u otra fuente, en la medida de lo permitido por ley o por contrato.

**7. CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE).**

Autorizo el pago directo a Stanford Medicine Partners de cualquier beneficio del seguro pagadero al paciente, o en su nombre, por los servicios prestados a una tarifa que no supere los cargos reales. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable en virtud del párrafo 5 (Acuerdo financiero) por los cargos no pagados de conformidad con esta cesión. Si corresponde, además certifico que la información proporcionada a Stanford Medicine Partners para ayudar al paciente a solicitar el pago en virtud de Medicare es correcta.

Stanford Medicine Partners es una organización sin fines de lucro independiente que está afiliada a Stanford University, Stanford Health Care y Stanford Health Care Tri-Valley, pero que es independiente de ellas. Stanford Medicine Partners contrata grupos médicos para proporcionar atención médica en sus clínicas. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley y Stanford University no ejercen ningún control sobre dichos grupos médicos ni sobre la atención proporcionada por los médicos y los proveedores de prácticas avanzadas de dichos grupos médicos, ni tampoco son responsables por sus acciones. Los médicos y proveedores de prácticas avanzadas de los grupos médicos que proporcionan atención en las clínicas de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care Tri-Valley o Stanford University.

La base de datos de Open Payments es una herramienta federal utilizada para la búsqueda de pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales de formación médica. Podrá encontrarla en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

**El abajo firmante certifica que ha leído los Términos y Condiciones de Servicio, que ha recibido una copia de estos, y que es el paciente o que está debidamente autorizado por el paciente, o actúa en su nombre, para formalizar y aceptar sus términos.**

---

**FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA RESPONSABLE**

---

**RELACIÓN CON EL PACIENTE**

---

**FIRMA DEL INTÉRPRETE**

---

**FECHA**

---

**NOMBRE EN IMPRENTA**

---

**IDIOMA**

---

**POSICIÓN/RELACIÓN CON EL PACIENTE**

## Stanford Medicine Partners

### Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE ES UN RESUMEN DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD QUE DESCRIBE DE QUÉ MODO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y/O SU HIJO (“USTED”) PODRÍA UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. TAMBIÉN LE HEMOS PROPORCIONADO UNA VERSIÓN COMPLETA DE ESTE AVISO.

#### Nuestro compromiso de proteger su privacidad:

Stanford Medicine Partners (la “Clínica”) ha asumido el compromiso de proteger la privacidad de su información médica. Su atención y tratamiento se registra en un expediente médico. Para poder satisfacer sus necesidades médicas de la mejor manera, compartimos su expediente médico con los proveedores de atención médica que participan en su atención. También compartimos sus operaciones comerciales y cumplimos con las leyes que rigen la atención médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin sin su permiso.

#### Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes médicos, sujeto a determinadas excepciones limitadas;
- agregar un anexo o corregir su expediente médico;
- solicitar un reporte de las divulgaciones de su información médica por parte de la Clínica;
- solicitar restricciones sobre determinados usos o divulgaciones de su información médica;
- solicitar que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o en un determinado lugar; y
- recibir una copia de la versión completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

#### Podremos utilizar y divulgar información médica sobre usted con los siguientes fines:

- proporcionarle tratamiento y servicios médicos;
- facturar y recibir el pago del tratamiento y los servicios que usted reciba;
- desempeñar las funciones necesarias para dirigir la Clínica y garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad;
- participar en estudios de investigación, sujeto a determinados requisitos; (para obtener información más detallada, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad completo); y
- según lo requerido o permitido por ley.

#### Existen otras situaciones en las que podremos divulgar información médica sobre usted sin su autorización, como por ejemplo:

- para actividades de salud pública (p. ej., informar abuso o reacciones a los medicamentos);
- a una agencia de supervisión de la salud, como el Departamento de Servicios de Salud de California;
- en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación o mandamiento judicial, o proceso similar;
- a oficiales de la policía en determinadas circunstancias limitadas;
- a un juez de instrucción, perito forense o director de una funeraria; y
- a organizaciones que se encargan de la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

*Nuestro Aviso podría modificarse o actualizarse periódicamente. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad completo para obtener una descripción más detallada de nuestras prácticas de privacidad y sus derechos en relación con su información médica y la información de contacto pertinente.*

**Para obtener más información sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad completo, comuníquese con el departamento de Cumplimiento llamando al 1-855-454-9246.**