



Condición para la Admisión

1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Por la presente autorizo a los procedimientos que se pueden realizar en el paciente, incluyendo tratamientos o servicios de emergencia, los cuales pueden incluir, sin limitaciones: cuidados generales, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, tratamientos/procedimientos médicos o quirúrgicos y anestesia. Pacific Heights Surgery Center no será responsable de ningún daño o pérdida de dinero, objetos de valor, propiedad personal y/o la ropa. Entiendo que Pacific Heights Surgery Center tendrá derecho en cualquier momento a negarse admitir o dar tratamiento médico al paciente. Certifico que soy el paciente, o el representante autorizado del paciente para ejecutar este documento y aceptar los términos y condiciones. Certifico que soy el paciente, o el representante autorizado del paciente para ejecutar este documento y aceptar los términos y condiciones.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente me comprometo que, en la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y para obtener reembolsos, el Pacific Heights Surgical Center puede divulgar parte de los registros de los pacientes, incluyendo sus registros médicos, a cualquier persona o empresa que sea o pudiese ser responsable de parte o todos los cargos del Pacific Heights Surgical Center, incluyendo, sin limitaciones, compañías de seguros, planes de servicios de salud o administradoras de las compensaciones de los trabajadores. Por la presente autorizo la divulgación de registros y/o información médica tanto desde el Pacific Heights Surgical Center como hacia él, para fines de atención médica continua, pago y reembolso. Autorizo a Pacific Heights Surgery Center para actuar como mi representante en mi nombre, a diferencia del pago o subsidios, que incluye pero no se limita a la búsqueda de una reclamación, impago, o apelación de la denegación de un reclamo de mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo será válida como el original.

3. ACUERDO DE FINANCIAMIENTO

Por la presente me comprometo, independientemente de si yo soy el paciente o su representante, considerando los servicios prestados al paciente, me obligo a pagar la cuenta del paciente del Pacific Heights Surgical Center conforme a las tarifas regulares y a los términos de las instalaciones. Si la cuenta debe ser transferida a un abogado o a una agencia de cobranzas, el abajo firmante pagará las tarifas de abogados correspondientes y los gastos de cobranza. Toda cuenta no paga acumulará intereses según la tasa que establece la ley.

Si soy un paciente de Medicare, sabo que Medicare podría negar el pago. Si Medicare negara el pago, yo acepto hacer me totalmente responsable del costo total de los pagos para los servicios prestados a mi.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Por la presente autorizo, independientemente de si yo soy el paciente o su representante, el pago directo al Pacific Heights Surgical Center de cualquiera de los beneficios o reembolso del seguro que de otro modo serían pagaderos a favor del paciente o representante del paciente por los servicios prestados. Se conviene que el pago al Pacific Heights Surgical Center, conforme a esta autorización, por medio de una compañía de seguros, deberá eximir de toda obligación a dicha compañía de seguros, conforme a la póliza por el monto de dicho pago. Hago comprender que soy el único financieramente responsable de los cargos no cubiertos por el paciente compañía de seguros en virtud de este acuerdo.

5. ARBITRAJE

Por este medio, acuerdo que cualquier conflicto que surja entre el paciente y Pacific Heights Surgery Center o sus funcionarios, directores o empleados, entre los que se incluye, cualquier conflicto relacionado con una negligencia médica, ya sea que cualesquiera servicios médicos prestados conforme a este acuerdo hayan sido innecesarios, no hayan sido autorizados o hayan sido proporcionados en forma inapropiada, negligente o incompleta, será sometido a un arbitraje de acuerdo con la ley de California, y no mediante demanda o recurso judicial, con excepción de lo que establece la ley de California en lo que respecta a la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar este acuerdo, ambas partes renuncian a sus derechos constitucionales para que dicho conflicto sea decidido en un tribunal de justicia ante un jurado, y en vez de ello están aceptando que se recurra a un arbitraje. Dicho arbitraje deberá cumplir con las Reglas vigentes de Arbitraje Médico de la Asociación de Hospitales de California, la Asociación Médica de California. Este acuerdo de arbitraje se aplicará a cualquier reclamación legal o acción civil entablada por el paciente en contra de Pacific Heights Surgery Center o sus funcionarios, directores o empleados en relación con cualesquiera servicios médicos proporcionados a menos que el paciente o el suscrito cuyas iniciales se incluyen abajo, anule dicho acuerdo mediante un aviso por escrito en un plazo de 30 días a partir de que este sea firmado. Un acuerdo de arbitraje no representará una condición previa para la prestación de servicios conforme a este acuerdo.

Si el paciente o yo no estamos de acuerdo en que se realice un arbitraje, entonces el paciente incluirá sus iniciales aquí: _____

Por el presente, certifico que he leído lo anterior, recibí una copia de este acuerdo, si fue solicitada, y soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente para ser su representante, formalizar lo anterior y aceptar sus términos.

AVISO:

AL FIRMAR ESTE ACUERDO (REVERSO/SEGUNDA PÁGINA), ACUERDA QUE CUALQUIER CONFLICTO, INCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN DE NEGLIGENCIA MÉDICA, SEA DECIDIDO A TRAVÉS DE UN ARBITRAJE NEUTRAL, Y QUE ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A TENER UN JUICIO ANTE UN JURADO/EN UN TRIBUNAL A MENOS QUE INCLUYA SUS INICIALES EN EL # 5 ARRIBA.

6. PÉRDIDO O ROBO DE OBJETOS PERSONALES

Pacific Heights Surgery Center no se considerará responsable por la pérdida, daños o robó de objetos personales en las instalaciones del Centro. Todos los efectos personales del paciente son responsabilidad única y exclusiva.

Aceptación del Cheque del Seguro

Por favor lea la siguiente información con respecto a su responsabilidad de financiamiento por su procedimiento quirúrgico en el Pacific Heights Surgical Center ("PHSC") y confirme que comprende esta información firmando a continuación.

- El PHSC puede presentar un reclamo de indemnización a su proveedor del seguro por concepto de uso de nuestras instalaciones durante su procedimiento.
- Su proveedor del seguro puede incorrectamente enviarle un cheque directamente a usted. Esto está fuera de nuestro control y un cheque de este tipo es el dinero adeudado al centro por los servicios prestados a usted. Por favor entienda que todo cheque enviado a usted por concepto de servicios prestados por PHSC deberá endosarlo a PHSC y devolverlo a nuestras oficinas dentro de dos días hábiles a partir de la recepción por usted. Si el cheque no es devuelto a nuestras instalaciones, será incluido en su saldo pendiente. Por favor note que el cheque de su proveedor del seguro es independiente de su parte como paciente. El incumplimiento de esta sección puede estar sujeto a responsabilidad civil y penal.
- Por favor recuerde que las tarifas del PHSC son por concepto del uso de nuestras Instalaciones. Recibirá cuentas por separado de su Médico y Anestesiólogo.

Aceptación del Aviso de Privacidad

Me han ofrecido y han revisado una copia de la Notificación de Privacidad por parte del Consultorio del Cirujano y/o del Pacific Heights Surgical Center de San Francisco.

Regulaciones sobre Robo de Identidad

En cumplimiento con la legislación relacionada con el robo de identidad, nuestro centro está obligado a verificar la identidad de cada paciente antes de atenderlo. Por favor traiga consigo un documento de identificación con una fotografía reciente (Licencia de Conducir, Documento de Identidad, Pasaporte, etc.) a la cita. Si es menor de edad y no tiene un documento de identificación con una fotografía reciente, podemos aceptar en su lugar, el documento de identificación de un padre o tutor. Si no tiene un documento de identificación con una fotografía reciente por cualquier otro motivo, tendrá que venir con alguna persona a su cita, que pueda verificar y atestiguar su identidad, y necesitaremos una copia de su documento de identificación con fotografía.

He leído las Condiciones de Admisión, la Confirmación del Cheque del Seguro y la Confirmación de Notificación de Privacidad que se me han entregado.

He recibido la información en un idioma que entiendo y se me ha dado oportunidad de hacer preguntas sobre:

- Instrucciones Anticipadas
- Mis Derechos Como Paciente
- Mis derechos y protecciones contra facturas medicas de sorpresa
- La Condición de mi Médico como Co-Propietario de este Centro de Cirugía Ambulatoria

He leído y entiendo este paquete de información antes de la fecha de la cirugía. Fecha de revisión: _____

Nombre del Paciente: _____

Paciente o Representante: _____ Relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ am / pm