

**FICHA TÉCNICA BÁSICA - TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO
PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

Lea el documento con atención. Lucile Salter Packard Children's Hospital (LPCH) exige que el documento de términos y condiciones de servicio se firme en su totalidad, sin alteraciones.

- 1. FIRMA AUTORIZADA.** Solo puede usted firmar este consentimiento si es un adulto competente mayor de 18 años, o si es un menor a quien la ley estatal le ha otorgado permiso para hacerlo. Si usted es un menor que no está dentro de las excepciones limitadas que otorga la ley del estado, o si no se considera que usted sea competente como para firmar este formulario, el mismo deberá firmarlo un representante apropiadamente designado, ya sea un padre o un tutor legal.
- 2. TÉRMINOS DEL ACUERDO.** Los términos y las condiciones de este acuerdo para pacientes externos permanecerán en efecto durante un (1) año a partir de la fecha en la que se firmó. Se le pedirá que firme este consentimiento cada año. En cada consulta a la clínica, le pedirán que confirme si sus datos personales y la información de su seguro de salud son correctos. Si la información del seguro o los datos personales han cambiado, por favor indíquese al personal de la clínica.
- 3. CONSENTIMIENTO MÉDICO.** Yo, quien suscribe, autorizo el tratamiento y los procedimientos generales que puedan llevarse a cabo durante la hospitalización o durante las consultas de paciente externo (incluidos los servicios de urgencia). Estos procedimientos pueden incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, estudios realizados por medio de imágenes radiográficas, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, servicios hospitalarios o de anestesia proporcionados al paciente bajo las indicaciones generales y especiales del médico o del cirujano del paciente. Entiendo que es responsabilidad del médico del paciente obtener el consentimiento informado del paciente cuando se exija para un tratamiento médico o quirúrgico específico y para procedimientos de diagnóstico o terapéuticos especiales. Entiendo y acepto que, a solicitud del médico tratante, los profesionales médicos vinculados (como asociados médicos y enfermeros especialistas) pueden participar en la atención del paciente.
- 4. INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA.** LPCH es una institución docente, de capacitación para los médicos, cirujanos, enfermeras y demás profesionales de la salud. A petición y bajo la supervisión del médico titular, acepto que los residentes, internos, estudiantes de medicina, subespecialistas de posgrado, profesores universitarios invitados y demás personal sanitario que se encuentre en etapa de capacitación puedan participar en la atención del paciente. Es posible que ciertos servicios médicos sean proporcionados por individuos que no posean el título de médico, como en el caso de profesores invitados, pero que reúnan los requisitos para participar en un programa especial.
- 5. FOTOGRAFÍA.** Autorizo a que tomen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas del paciente, incluidas las que correspondan a su afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las fotografías, videos o reproducciones electrónicas para los fines permitidos por la ley. Autorizo la evaluación y el examen por parte de un médico u otros profesionales del equipo de atención médica que puedan estar distanciados de mí físicamente mediante tecnologías virtuales, lo que incluye, entre otros, video bidireccional, imágenes digitales y otras tecnologías virtuales según lo determine el personal médico. Entiendo que mis imágenes digitales pueden usarse de cualquier forma para los fines de Stanford Medicine como tratamiento, mejora de calidad, protección del paciente, educación y seguridad. En circunstancias específicas y según lo exija la ley, se me puede solicitar un consentimiento por separado

Medical Record Number:

Patient Name:

Página 2 de 3 Addressograph Stamp—Patient Name, Medical Record Number

antes de tomar fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas y de usar o divulgar esas fotografías, videos o reproducciones electrónicas. Si la imagen se utiliza para fines de investigación, y podría usarse directamente para identificar al paciente, se me solicitará autorización para usar o divulgar la imagen según lo exija la ley.

Entiendo que, según la ley de California, no puedo fotografiar, filmar ni grabar ninguna imagen ni conversación con un empleado o médico de SHC ni de otro paciente de SHC sin el consentimiento explícito de todas las partes implicadas, y que el incumplimiento de esta ley puede dar lugar a responsabilidad penal o civil.

6. **RELACIÓN LEGAL ENTRE LPCH Y LOS MÉDICOS.** Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford es una organización independiente sin fines de lucro, afiliada a la Universidad de Stanford, pero separada de esta. Los médicos que prestan atención en las instalaciones de Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford son doctores que forman parte del cuerpo docente, facultativos de la fundación o de la comunidad, y no son empleados, representantes ni agentes de Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford. Lucile Salter Packard Children 's Hospital, Stanford no ejerce control sobre la atención proporcionada por dichos médicos del cuerpo docente, facultativos de la fundación o de la comunidad, ni es responsable de sus actos.
7. **INFORMACIÓN CONJUNTA.** El que suscribe entiende que tanto la información como los expedientes médicos del paciente pueden ser compartidos entre Stanford Hospital and Clinics y LPCH con el propósito de facilitar la atención al paciente.
8. **ACUERDO ECONÓMICO.** Para poder acceder a los servicios (como, por ejemplo, hospital, médicos) el abajo firmante asume y acepta completa responsabilidad económica de la cuenta del paciente de acuerdo a los costos habituales y términos de LPCH. Esto incluye la responsabilidad económica de todos los deducibles y copagos que el seguro o el plan médico del paciente puedan exigir, incluidos Medicare y Medi-Cal. En el caso de que la cuenta o las cuentas del paciente se deriven a un abogado o una oficina de cobranza, el abajo firmante se compromete de antemano a asumir el pago de los gastos relacionados con el abogado y el proceso legal, además de otros gastos que pudieran surgir. Cuando se le envíe la factura de los servicios al seguro médico, el plan de salud o a otra fuente de pago, también se pondrá en efecto lo estipulado en los párrafos 9 (Pacientes con planes de salud contratados y otras fuentes) y/o 10 (Asignación de los beneficios del seguro).
9. **PACIENTES CON PLANES DE SALUD CONTRATADOS Y OTRAS FUENTES.** El que suscribe entiende que el paciente es apto para recibir cierta cobertura médica a través de un plan de salud (HMO, PPO) de la lista de planes de salud con los cuales LPCH y Stanford Health Care (SHC) tienen contratos o por medio de otras fuentes (por ejemplo: patrocinador de ensayos clínicos y seguro de compensación de trabajadores para empleadores). Acepto hacerme cargo, según el párrafo 8 (Acuerdo financiero) del pago de la cuenta del paciente: (a) si LPCH no tiene un contrato con el seguro médico; (b) de cualquier copago y deducible; (c) de servicios no aprobados por el plan médico u otra fuente, o (d) servicios que el seguro médico del paciente u otra fuente no cubran.
10. **ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO (INCLUIDOS LOS BENEFICIOS DE MEDICARE).** El que suscribe autoriza el pago directo a LPCH de cualquier beneficio que de otra manera se pagarían al paciente o en representación del mismo, por los servicios prestados al paciente externo a una tasa que no exceda los honorarios propiamente dichos de la institución o de los profesionales. El suscrito entiende y está de acuerdo que tiene la responsabilidad económica, según el párrafo 8 (Acuerdo financiero), de los honorarios no

Medical Record Number: _____

Patient Name: _____

pagados de acuerdo a esta asignación. Y, si corresponde, el abajo firmante declara de antemano que la información pro de ayudar al paciente a solicitar el pago por medio de los programas Medicare o Medi-Cal es correcta.

El suscrito certifica que ha leído las tres páginas correspondientes al formulario de términos y condiciones de servicio de paciente externo (*Outpatient Terms and Conditions of Service*) ha recibido una copia del mismo, y que es el paciente o el representante debidamente autorizado para actuar en su nombre, con el fin de llevar a cabo y aceptar los términos contenidos en dicho formulario.

| Firma del paciente o de la persona a cargo del paciente | Fecha de nacimiento | Fecha/Hora | Testigo |
|---|---------------------|------------|---------|
|---|---------------------|------------|---------|

Parentesco o relación con el paciente:

- Padre o madre que tenga la tutela legal
- Paciente autorizado para otorgar consentimiento
- Tutor legal/Tutor legal provisional Explicar el tipo de tutela: _____
- Documentación oficial de la tutela o de la tutela provisional recibida: (por ejemplo, documentos del tribunal)
- Persona con autorización por escrito (por ejemplo: declaración jurada del encargado del cuidado del paciente, autorización a un tercero, poder notarial permanente)
Explicar el tipo de autorización por escrito: _____
- Documentación de autorización por escrito recibida

SI LA CONVERSACIÓN SOBRE ESTE DOCUMENTO FUE INTERPRETADA:

| | | |
|--|--------------------------|--------|
| Firma del intérprete | Nombre en letra de molde | Idioma |
| Puesto de trabajo/Relación con el paciente | Fecha/Hora | |

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA FIRMADO POR ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE:

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad económica completa de todos los servicios médicos prestados al paciente y en aceptar los términos detallados en los párrafos Acuerdo Económico (*Financial Agreement*) (8), y de ser aplicable, los establecidos en el párrafo Pacientes con planes de salud contratados y otras fuentes (*Contracted Health Plan and Other sources*) (9), así como los del párrafo Asignación de los beneficios del seguro (*Assignment of Insurance Benefits*) (10), arriba mencionados.

| | | | |
|---|---------------------------------------|------------|---------|
| Persona que asume la responsabilidad financiera | Parentesco o relación con el paciente | Fecha/Hora | Testigo |
|---|---------------------------------------|------------|---------|

VEA LOS AVISOS SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL REVERSO DE ESTA PÁGINA

**ENVIAR LAS PÁGINAS 1, 2 Y 3 POR CORREO ELECTRÓNICO A:
HIMS-LPCH@STANFORDCHILDRENS.ORG**

**AUTORIZACIÓN PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN**

Conforme a las regulaciones federales de privacidad bajo la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés), Lucile Packard Children's Hospital les da a los pacientes la Notificación de prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practices*) que describe la forma en que puede utilizarse y divulgarse la información de los pacientes y el acceso a dicha información. Hay copias disponibles de la Notificación de prácticas de privacidad en todos los puestos de recepción, en la sección de pacientes y visitas (*Patient & Visitors*) de nuestra página web: www.stanfordchildrens.org o llamando al teléfono 650-724-4722 de la oficina de privacidad del Hospital Lucile Salter Packard.

**DISPONIBILIDAD DE
ASESORAMIENTO ECONÓMICO**

Lucile Packard Children's Hospital ofrece opciones de asistencia económica para pacientes que no disponen de un seguro o cuyo seguro médico ofrece una cobertura parcial. Lucile Packard Children's Hospital ofrece asistencia al paciente para determinar si puede solicitar asistencia económica o si existen programas que le asistan a pagar los servicios de asistencia médica. Se puede encontrar más información o la declaración de cargos por los servicios prestados por Lucile Packard Children's Hospital llamando a la unidad del servicio al consumidor de la oficina de servicios de asistencia económica para pacientes al 800-549-3720.

Las solicitudes de asistencia económica se encuentran todas las áreas de recepción del hospital y de las clínicas y también en nuestra página web: www.stanfordchildrens.org, en la sección de pacientes y visitas bajo información sobre el seguro y asistencia económica (*Financial and Insurance Information*), o llamando al teléfono de servicio al consumidor mencionado arriba. Las solicitudes se repasan con el objeto de determinar de qué tipo de asistencia se dispone. Al solicitante se le notificará el resultado de la revisión en el plazo de 10 días hábiles tras recibir la solicitud completada y firmada.

Aquellos pacientes que reúnan las condiciones requeridas recibirán asistencia con las facturas por los servicios prestados por Lucile Packard Children's Hospital y los médicos empleados por la Universidad de Stanford. Dichos servicios podrán incluir la atención de pacientes internos y externos, atención de emergencia, copagos y deducibles, servicios que no estén cubiertos, estancia en el hospital denegada y otras circunstancias especiales. Los pacientes que no tengan cobertura de seguro médico o que tengan una cobertura parcial y que reúnan los requisitos de percibir ingresos bajos a moderados, es posible que califiquen para recibir descuentos o de beneficencia.

**AVISO SOBRE LA BASE DE DATOS
*OPEN PAYMENTS***

Solo con fines informativos, le proporcionamos el enlace a la página *Open Payments* de los centros federales de Medicare y Medicaid (CMS). La base de datos *Open Payments* es una herramienta del gobierno federal que se utiliza para buscar los pagos realizados a los médicos y a los hospitales docentes por parte de las compañías farmacéuticas y de productos sanitarios. Para acceder a *Open Payments* vaya la siguiente página:

<https://openpaymentsdata.cms.gov>.

La ley federal de Transparencia de pagos a profesionales de la salud (*Physician payment Sunshine Act*) obliga a los fabricantes de fármacos y de dispositivos médicos y biológicos a informar en detalle al público de los pagos por valor superior a diez dólares (\$10), monetarios o de otra naturaleza, efectuados a médicos y hospitales docentes.