

## **Registros médicos electrónicos compartidos actualizados**

Compartimos un sistema de registros médicos electrónicos con los centros médicos comunitarios.

## **Ambiente sin humo**

Para la salud y la seguridad de nuestros pacientes, Inspire Health Medical Group tienen una política de no fumar que incluye, entre otros, el uso de productos de tabaco, dispositivos de vapeo, pipas y tabaco para mascar.

## **Ambiente sin armas**

No se permiten armas de ningún tipo en ninguno de los centros de práctica de la facultad de Inspire Health Medical Group.

## **Ambiente sin mascotas**

Para la salud y seguridad de nuestros pacientes, Inspire Health Medical Group tiene una política de cero mascotas. **Esta política de cero mascotas se aplica a mascotas, animales de apoyo emocional, animales de compañía y animales de terapia.** Inspire Health Medical Group cumple con la Ley de estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) que permite el acceso de todas las personas a lugares públicos; por lo tanto, permitimos que los perros de servicio de trabajo acompañen a nuestros pacientes. Los animales de servicio son entrenados individualmente para realizar trabajos o tareas para las personas con discapacidades. Se requiere que los animales de servicio estén atados o se les ponga un arnés, excepto cuando realicen trabajos o tareas en las que dicha atadura interfiera con la capacidad del perro para realizar el trabajo o las tareas.

## **Consentimiento para fotografiar**

Este formulario debe usarse solo para fotografías tomadas para el tratamiento o para cualquier operación de atención médica propia de Inspire Health Medical Group. La fotografía para otros fines (por ejemplo, investigación, publicación, educación externa, marketing, relaciones públicas, noticias o documentales) requiere el uso de otro formulario de "Autorización para el uso y divulgación de fotografías, entrevistas en video o semejantes".

Yo, el que suscribe, por la presente, consiento ser fotografiado mientras recibo tratamiento en el consultorio, con el entendimiento de que las imágenes de dichas fotografías pueden usarse para mi tratamiento o para operaciones de atención médica en el consultorio, como revisión por pares o educación médica, como el director médico del consultorio o mi médico tratante lo considere apropiado, y que dicho uso está sujeto solo a las siguientes limitaciones:

En el término "fotografía", tal como se usa en el presente documento, se incluye video o fotografía fija, en formato digital o en cualquier otro formato, y cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

---

Firma del paciente (garante, si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

## **Política de cancelación de la cita/inasistencia**

Nos gustaría ofrecerle un servicio excepcional. Sin embargo, esto requiere su cooperación. Si no puede asistir a una cita programada, llámenos con al menos 24 horas de anticipación para que podamos darle esta cita a otro paciente. Si no acude a una cita o no llama con al menos 24 horas de anticipación, se considerará una "inasistencia" y se le puede facturar un cargo de \$35.00 directamente a usted, ya que no cuenta con la cobertura de ningún plan de seguro.

**He leído, entiendo y acepto la Política de cancelación de la cita/inasistencia.**

---

Firma del paciente (garante, si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

## **Consentimiento de intercambio de comunicación electrónica**

Ofrecemos servicios de comunicación electrónica a través de mensajes de texto, correo electrónico y mensajes de voz para servirle mejor. La comunicación electrónica se utiliza, entre otros, para lo siguiente:

- Recordatorios de citas
- Encuestas de pacientes
- Consejos de salud en general

Quiero recibir servicios de intercambio de comunicaciones electrónicas.

No quiero recibir servicios de intercambio de comunicaciones electrónicas.

---

Firma del paciente (garante, si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

## **Aviso de la base de datos de pagos abiertos**

La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales de enseñanza. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

---

Firma del paciente (garante, si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

## **Formulario de consentimiento de acuerdo y autorización de servicios**

### **I. Consentimiento para diagnóstico y tratamiento**

Reconozco y entiendo que, al presentarme para recibir tratamiento y atención médica en Inspire Health Medical Group y University Faculty Associates, autorizo y doy mi consentimiento para la administración y realización de todas las pruebas y tratamientos que puedan ser pedidos por el médico (o asistente designado) y llevados a cabo por miembros del personal médico y personal de Inspire Health Medical Group. Soy consciente de que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías como resultado del tratamiento o el examen.

### **II. Conservación de información**

Entiendo que Inspire Health Medical Group pueden registrar información médica y de otro tipo sobre mi tratamiento en forma electrónica y física. Dicha información se requiere en el curso de mi tratamiento, y puede ser divulgada por Inspire Health Medical Group para los fines autorizados en este formulario. Entiendo que partes de mis registros pueden divulgarse a personal calificado no perteneciente a Inspire Health Medical Group con el propósito de realizar investigaciones científicas o estadísticas, auditorías administrativas o financieras, licencias y evaluación de programas u otro propósito similar. No se me identificará por mi nombre u otra información de identificación personal en cualquier informe de dicha investigación, auditoría o evaluación sin mi consentimiento expreso por escrito.

### **III. Divulgación de información**

Por la presente, autorizo a Inspire Health Medical Group compartira mis compañías de seguros, grupos de seguros de empleadores, planes de salud, programas de Medicare/Medicaid, sus compañías de seguros o intermediarios, cualquier registro médico u otra información relacionada con este tratamiento para obtener un reembolso en mi nombre por el tratamiento y los servicios que me brinda Inspire Health Medical Group y sus médicos asociados. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento por cualquier motivo mediante notificación por escrito a Inspire Health Medical Group. Esta autorización no entrará en conflicto con ninguna política interna de Inspire Health Medical Group con respecto a la divulgación de información que tendrá prioridad. Esta autorización no tiene la intención de permitir la divulgación de registros con respecto a mi tratamiento para servicios que requieren una autorización específica bajo la ley estatal o federal.

### **IV. Programa de enseñanza**

Inspire Health Medical Group están afiliados con la Facultad de Medicina de la Universidad de California en San Francisco (UCSF). UCSF es una institución de enseñanza, investigación y atención médica. Entiendo que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares de la salud, becarios de posgrado y otros aprendices pueden observar, examinar, tratar y participar, a solicitud y bajo la supervisión del médico tratante en el cuidado del paciente, como parte de los programas de educación médica de la UCSF.

### **V. Cesión de beneficios y garantía de pago**

En consideración de Inspire Health Medical Group y los servicios médicos que se me brindan, por la presente asigno a Inspire Health Medical Group, y a los médicos y otros profesionales asociados con estos todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo Medicare, Medicaid o póliza de seguro médico o de accidentes grupal para los cuales los beneficios pueden estar disponibles para el pago de los servicios prestados. Acepto pagar a Inspire Health Medical Group y a los médicos y otros profesionales asociados con estos el saldo adeudado de todos los cargos no pagados por la cobertura mencionada anteriormente (excluidos aquellos cargos no cobrables de conformidad con la regulación de Medicare). Esto puede incluir costos de cobro u honorarios razonables de abogados. **He leído cada uno de los anteriores, I-V y estoy totalmente de acuerdo con cada una de las declaraciones y acuerdos en este documento, que pueden incluir tratamiento hospitalario después de una emergencia o atención ambulatoria, al firmar a continuación como mi acto libre y voluntario.**

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Garante si el paciente es menor de 18 años

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro (registrar relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Políticas financieras y de facturación**

Gracias por elegir a los médicos de Inspire Health Medical Group, y University Faculty Associates. Estamos comprometidos con la excelencia clínica para satisfacer sus necesidades de atención médica. Participamos con una variedad de planes de seguro y facturaremos directamente a su seguro bajo estos planes. Entendemos que la facturación y el pago de los servicios de atención médica pueden ser confusos y complicados. Es importante que conozca la información contenida en su plan de salud específico, incluidos los copagos y otras disposiciones. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicios para afiliados de su plan de salud, el número aparece en el folleto de su plan de beneficios o en su tarjeta de identificación.

- **Infórmenos de los cambios:** si es un paciente actual, comuníquenos si su información personal o de seguro ha cambiado desde su última visita. La falta de información actualizada puede causar retrasos en la atención y la responsabilidad por el costo de toda la visita.
- **Traiga su información médica:** lleve su información de seguro de salud a su visita. Esto incluye identificación, todas las tarjetas de seguro y formularios de autorización/referencia. Le pediremos que firme formularios como una divulgación de información, asignación de beneficios y posiblemente formularios adicionales según su visita.
- **Copagos, deducibles y cosegueros:** los copagos se deben al momento de su visita al consultorio. Bajo los términos de nuestro contrato con los diversos planes de seguro, no podemos renunciar a ningún copago, deducible o coseguro definido como responsabilidad del paciente. Si tiene alguna pregunta sobre sus copagos o deducibles, llame a su compañía de seguros. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, débito, VISA y MasterCard.
- **Saldos de responsabilidad del paciente:** todos los saldos responsables del paciente deben pagarse en su totalidad o se debe hacer un acuerdo financiero en el momento de su visita.
- **Depósitos:** para ciertos procedimientos, es posible que deba pagar un depósito o pagar el servicio en su totalidad antes del tratamiento.
- **Pago rápido:** ofrecemos un descuento por pago rápido. Póngase en contacto con nuestro Departamento de facturación para obtener más detalles.
- **Autorización previa:** la mayoría de los planes de salud requieren autorización para servicios electivos. Si su compañía de seguros decide que su servicio no era médicamente necesario, es preexistente o no es un servicio cubierto, se le pedirá que pague antes del momento del servicio.
- **HMO/Planes de atención gestionados:** es su responsabilidad asegurarse de que se haya obtenido una referencia actual para su atención con nuestros proveedores. Si no se ha obtenido una referencia para su cita, es posible que deba reprogramar su visita hasta que tenga una referencia actual. Nos damos cuenta de que esto es un inconveniente, pero sin la referencia de nuestro médico no se le reembolsará por los servicios prestados.
- **Compensación para trabajadores:** traiga su número de reclamo, fecha de lesión e información de compensación para empleadores/trabajadores. Su reclamo debe estar abierto y ser válido para la afección por la que lo estamos viendo.
- **Declaraciones:** no recibirá una declaración hasta que su compañía de seguros primaria haya cumplido con su responsabilidad financiera o se determine que un servicio es responsabilidad del paciente.
- **Quién puede comentar una factura:** la confidencialidad es importante. Nuestros Representantes de cuentas de pacientes solo pueden hablar con el paciente o la persona designada por escrito por el paciente para recibir la(s) factura(s) en nombre del paciente.

Todas las consultas de facturación son manejadas por nuestro personal de facturación. Si tiene alguna pregunta sobre su factura o el estado de su cuenta, comuníquese con nuestro consultorio al 559-453-5231, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

*Continúa en la página siguiente*

## **Políticas financieras y de facturación (continuación)**

He leído, entiendo y acepto las políticas de facturación anteriores. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad.

Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Inspire Health Medical Group. Autorizo a Inspire Health Medical Group a compartir la información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando se solicite, necesaria para obtener la autorización para un procedimiento o para facilitar el pago de una reclamación. He proporcionado información completa y precisa y acepto informar a Inspire Health Medical Group sobre cualquier cambio relacionado con mi información de facturación personal o mi información de facturación del seguro.

---

Firma del paciente (garante, si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

Inspire Health Medical Group cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Su proveedor puede ser miembro de Community Foundation Medical Group. Eso significa que los estados de cuenta de los servicios prestados por su médico provendrán y serán procesados por Community Foundation Medical Group o Inspire Health Medical Group.

## **Aviso de su derecho a recibir un “presupuesto de buena fe”**

Tiene el derecho de recibir un “presupuesto de buena fe” en la que se detalle cuánto costará su atención médica.

**Según la ley, los proveedores de atención médica están obligados a proporcionar a los pacientes que no tienen seguro o que no lo utilizan un presupuesto de la cuenta de los artículos y servicios médicos.**

- Tiene derecho a recibir un presupuesto de buena fe del costo total previsto de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye los costos relacionados, como exámenes médicos, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé un “presupuesto de buena fe” por escrito al menos un día hábil antes de recibir su servicio o artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, una “estimación de buena fe” antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que supera por mínimo 400 USD de su presupuesto de buena fe, puede impugnarla.
- Asegúrese de guardar una copia o una imagen de su “estimación de buena fe”.

**Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre su derecho de recibir una estimación de buena fe, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame al 559-453-5240.**

## **Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresas**

### **¿Qué es la “facturación de saldos” (a veces denominada “facturación sorpresa”)?**

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Quizás tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si visita a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan médico.

El término “fuera de la red” se refiere a proveedores y centros médicos que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se conoce como “facturación de saldos”. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no se tenga en cuenta para el límite anual de desembolso personal.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red.

### **Usted está protegido contra la facturación de saldos para lo siguiente:**

**Servicios de emergencia:** si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan médico (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

La ley de California lo protege de las facturas médicas sorpresa cuando acude a un centro de salud dentro de la red y recibe atención de un proveedor fuera de la red sin su consentimiento. En ese caso, solo tendrá que pagar los gastos compartidos dentro de la red. Los proveedores médicos ahora no pueden enviarle facturas fuera de la red cuando sigue los requisitos de su seguro de salud y va a un centro dentro de la red.

**Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red:** cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que dichos proveedores pueden facturarle es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su plan de salud. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, internista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden solicitarle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si usted recibe otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

La ley de California lo protege de las facturas médicas sorpresa cuando acude a un centro de salud dentro de la red y recibe atención de un proveedor fuera de la red sin su consentimiento. En ese caso, solo tendrá que pagar los gastos compartidos dentro de la red. Los proveedores médicos ahora no pueden enviarle facturas fuera de la red cuando sigue los requisitos de su seguro de salud y va a un centro dentro de la red.

**Cuando no se permite la facturación de saldos, también cuenta con las siguientes protecciones:**

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro médico formaran parte de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación por adelantado para los servicios (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Calcular lo que debe al proveedor o al centro médico (costo compartido) con base en lo que pagaría a un proveedor o centro médico dentro de la red y mostrar ese importe en su explicación de beneficios.
  - Considerar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso personal.

**Si cree que se le ha facturado erróneamente**, puede comunicarse con los siguientes:

**Departamento de seguros de California 1-800-927-4357 o <https://cadiapps.insurance.ca.gov>**

**Departamento de atención gestionada de California – 1-888-466-2219 o <https://dmhc.ca.gov>**

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumer-protections> para obtener más información sobre sus derechos bajo las **leyes federales**

Visite <http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/110-health/60-resources/upload/AB-72-Fact-Sheet-Consumer-Protection-for-Surprise-Medical-Bills-rev2.pdf> para obtener más información sobre sus derechos bajo las **leyes estatales**

## **Aceptación de recibo del Aviso de privacidad**

He recibido el Aviso de privacidad de Inspire Health Medical Group durante esta visita. Entiendo que puedo obtener una copia de cualquier Aviso revisada futura en cualquier ubicación de Inspire Health Medical Group o en Inspire Health Medical Group.

Sitio web: InspireHealth.org.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Cónyuge/Familiar más cercano/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Para ser completado por el empleado de Inspire Health Medical Group si no se firma el reconocimiento:*

Motivo por el que no se firmó la aceptación de recibo:

\_\_\_\_\_ El paciente indica recibido en visita previa

\_\_\_\_\_ El paciente se negó a firmar

\_\_\_\_\_ Otro

\_\_\_\_\_  
Iniciales del paciente/representante si se rechazan

\_\_\_\_\_  
Iniciales del empleado

## **Representante personal**

En el espacio a continuación, si así lo desea, indique cualquier representante personal\*/personas a las que se les permita recibir o conocer información sobre su atención médica durante el período de 12 meses a partir de la fecha en que firme este formulario. Si sus representantes personales designados cambian durante el tiempo en que este formulario está en vigor, debe comunicarse con IHMG por escrito y solicitar el cambio.

Nombre(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Un representante personal, como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), es cualquier miembro de la familia, amigo o individuo designado por el paciente a quien se le puede revelar la información médica del paciente.*

*Inspire Health Medical Group (IHMG) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.*