

Nombre del paciente: _____

MRN: _____

Fecha de nacimiento: _____

ACUERDO DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE ADVENTHEALTH

AdventHealth opera centros incluso, entre otros, hospitales, centros de atención ambulatoria, grupos médicos y centros de Centra Care (en este documento denominados en conjunto, "AdventHealth") en muchos estados. Muchos de estos centros son entidades legales independientes. Puede solicitarnos una lista de las entidades de AdventHealth. Este Acuerdo de tratamiento y consentimiento de AdventHealth ("Acuerdo") puede firmarse una vez al año para proporcionar consentimiento para el tratamiento en todos los centros de AdventHealth, salvo que usted nos indique que quiere que firmemos un nuevo formulario en su cita o que actualicemos este formulario. Este Acuerdo debe ser firmado por el Paciente o el Representante Legal del Paciente que actúa en nombre del Paciente (por ejemplo, uno de los padres que firma por su hijo menor). Todas las instancias de "yo", "mi", "mío(s)/mía(s)", "usted", "su(s)" y "suyo(s)/suya(s)" se refieren al paciente.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

1. **Servicios.** Doy mi consentimiento para recibir procedimientos de diagnóstico y tratamiento, exámenes y pruebas de laboratorio o internación u otros servicios (en adelante, los "Servicios") necesarios para mi tratamiento durante mi admisión o tratamiento en AdventHealth que sean prestados por médicos y otros profesionales médicos (en adelante, los "Médicos"), residentes, estudiantes, redes integradas de médicos, redes de planes de salud y empleados, contratistas y personal de AdventHealth (en conjunto, los "Proveedores de atención"). Entiendo que se me informará sobre mi tratamiento y tendré la posibilidad de hacer preguntas sobre los riesgos, las opciones y los resultados esperados del tratamiento antes de permitir que se lleve a cabo. Reconozco que no se hicieron promesas con respecto a los resultados de ningún tratamiento.
2. **Fotografía.** Doy mi consentimiento para me saquen fotos y graben videos y audios de mí para la verificación de mi identidad y/o mi tratamiento.
3. **Contratistas independientes.** Entiendo que, en muchas instancias, los Médicos y Proveedores de atención que me proporcionan tratamiento en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, servicio de urgencias independiente o centro de atención urgente no son empleados ni agentes de AdventHealth. Entiendo que dichos contratistas independientes pueden, según lo permita la ley, cobrarme por su cuenta por los Servicios que prestan. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones. AdventHealth no es responsable de los Servicios que estos contratistas independientes me proporcionan. AdventHealth no paga por ningún error o equivocación u omisión de ninguno de estos contratistas independientes.
4. **Derechos del paciente.** Entiendo que en cumplimiento de la ley me ofrecerán una copia de la información de los Derechos y responsabilidades del paciente de AdventHealth.
5. **Instrucciones por Anticipado.** Pude informar a AdventHealth sobre mis preferencias actuales en cuanto a las Instrucciones por Anticipado al completar un nuevo formulario o al entregar una copia de mis Instrucciones por Anticipado anteriores. Los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth no tienen la obligación de cumplir con Instrucciones por Anticipado que desconocen. Seleccione las opciones que correspondan según su caso:

Soy menor de 18 años y no tengo Instrucciones por Anticipado.

- Tengo Instrucciones por Anticipado y le di una copia a AdventHealth.
- Tengo Instrucciones por Anticipado, pero no le di una copia a AdventHealth. Entiendo que debo entregar una copia a AdventHealth.
- No tengo Instrucciones por Anticipado.
- Me gustaría recibir información sobre las Instrucciones por Anticipado.

6. Representante legal: Pude informar a AdventHealth sobre mi preferencia actual para mi Representante Legal al darle una copia de mis documentos legales que detallan mi decisión. Los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth no tienen la obligación de involucrar a mi Representante Legal en mi tratamiento si no saben quién es o si hay cambios en esta delegación que desconocen. Entiendo que soy responsable de informar a AdventHealth, los Médicos y los Proveedores de atención cuando cambie a mi Representante Legal o cuando terminen las facultades del Representante Legal.

7. Pertenencias/objetos personales de valor. Cuando corresponda, entregaré mis pertenencias y objetos personales de valor a AdventHealth para que se guarden en un lugar seguro si quiero asegurarme de que mis pertenencias y objetos personales de valor estén a resguardo.

CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO:

1. Pago. Yo debo pagar (o donde la ley lo permita mi representante legal que firma este Acuerdo en mi nombre debe pagar) en efectivo, con cheque, con tarjeta de crédito o a través del seguro por los Servicios recibidos durante mi tratamiento de hoy y todos los Servicios relacionados que en el futuro los Médicos, los Proveedores de atención y AdventHealth me proporcionen, incluidos los copagos (en adelante, la "Cuenta"). Entiendo que no se me otorgará ningún crédito y que la Cuenta se adeuda y debe pagarse de inmediato. **Si no puedo pagar mi Cuenta en su totalidad a su vencimiento, la Oficina de Servicios Financieros de AdventHealth determinará si califico para recibir asistencia financiera.** Si no pago todos mis Servicios y AdventHealth transfiere mi Cuenta a un abogado o agencia de cobranza, acepto pagar los honorarios de los abogados y los gastos de cobranza que pueden ascender hasta el 25% del monto adeudado, según lo permita la ley.

PARA LOS CENTROS DE ADVENTHEALTH EN COLORADO: Entiendo que, si estoy recibiendo tratamiento en Colorado, hay ciertas circunstancias en las que está prohibida la facturación de saldos (cuando un proveedor fuera de la red le factura la diferencia entre el cargo facturado y la cantidad que paga su seguro médico o plan). La facturación de saldos está prohibida según algunas leyes estatales y federales cuando una persona cubierta recibe:

- Servicios de urgencia;
- Servicios que no sean de urgencia prestados por un proveedor fuera de la red (como un anesthesiólogo o un radiólogo) en un centro dentro de la red, como un hospital;
- Servicios de urgencia de un proveedor privado de ambulancias terrestres (no de un cuerpo de bomberos ni de una entidad gubernamental); y
- Servicios de un proveedor de ambulancias aéreas fuera de la red.

En estas circunstancias, algunas leyes estatales y federales prohíben que los proveedores me envíen una factura de saldo sorpresa, y no se me puede cobrar más que el coste compartido dentro de la red por estos servicios. Reconozco que he recibido información sobre las facturas de saldo.

También entiendo que no hay garantía de reembolso o pago de ninguna compañía de seguros u otro pagador. Entiendo que este Acuerdo es un contrato y que me obliga a pagar todos los cargos por mi tratamiento que no sean pagados por mi aseguradora o cualquier otra fuente pagadora, a menos que esté específicamente

prohibido por la ley aplicable. Comprendo que el Hospital ha predeterminado los cargos de ciertos procedimientos, suministros y tratamientos, que dichos cargos figuran en el Chargemaster del Hospital, y que estos precios se incorporan por referencia al presente Acuerdo. Reconozco que puede que no sea posible establecer de antemano qué suministros y servicios específicos formarán parte de mi tratamiento. Reconozco que tengo derecho a solicitar una estimación de los cargos medios del centro por los tratamientos que se realizan con frecuencia en régimen de hospitalización, ambulatorio o quirúrgico. Si recibo una estimación de los cargos, reconozco que el Hospital actúa de buena fe al proporcionar dicha estimación. Reconozco que cualquier estimación no es vinculante y que los cargos que estoy personalmente obligado a pagar pueden ser superiores al cargo estimado para mi tratamiento específico. Reconozco que este Acuerdo significa que yo personalmente tengo plena responsabilidad financiera por, y acepto pagar, todos los cargos del Hospital y de los médicos que presten servicios no pagados de otro modo por mi seguro de salud u otro pagador sobre la base de las tarifas Chargemaster predeterminadas del Hospital, a menos que la ley aplicable lo prohíba específicamente.

Por la presente reconozco y acepto que el Hospital no ha hecho ninguna declaración implícita sobre los cargos que estoy obligado a pagar personalmente. Entiendo que los cargos que se me cobrarán por mi tratamiento son tarifas predeterminadas basadas en el Chargemaster vigente en el momento de mi tratamiento. He acordado pagar las tarifas Chargemaster del Hospital por el tratamiento que reciba.

2. Pagos con tarjeta de crédito. Si pago los Servicios con mi tarjeta de crédito, certifico que soy el titular de la tarjeta de crédito y autorizo el pago de los Servicios.

3. Pagos de seguro y asignación de beneficios. Si tengo derecho a los beneficios otorgados por: (i) el programa Medicare, el programa Medicaid, otros tipos de seguro del gobierno (el "Programa"); (ii) planes de beneficios para la salud bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados ("ERISA"); (iii) cualquier póliza de seguro u otro plan de beneficios de salud (que me cubran a mí o a cualquier persona con responsabilidad legal sobre mí) o de cualquier otra fuente (en adelante, el "Plan de beneficios"), incluso como resultado de lesiones sufridas por mí, que se consideraron para la admisión en AdventHealth y/o por los Servicios que me brindan los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth, incluidos los contratistas independientes, yo asigno, transmito y transfiero irrevocablemente los beneficios del Programa y del Plan de beneficios pagaderos y todos los derechos, títulos e intereses sobre dichos beneficios, compensación o pago recibidos o que se recibirán por los Servicios que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth me brindaron (en conjunto, los "Beneficios") a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth y sus cesionarios. Autorizo irrevocablemente que el pago de mis Beneficios directamente a AdventHealth, Médicos, Proveedores de Atención y sus cesionarios, se aplique a mi Cuenta. Entiendo que al asignar el pago de mis Beneficios no me eximirá de las obligaciones de pagar a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth y a sus cesionarios los cargos que no están cubiertos por esta asignación. Si no se permite la asignación o el pago directo, acepto indicar a mi Plan de beneficios que extienda cheques o giros conjuntamente pagaderos a (i) el beneficiario o la persona cubierta y (ii) a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth, o sus cesionarios, y que me envíe a mí los pagos dirigidos a los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth, o sus cesionarios. También autorizo a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth a solicitar el pago total de los cargos de cualquier tercero que me cause una lesión u otros que puedan estar obligados a pagar por mi atención y sus aseguradoras, incluso si un pagador de atención administrada paga los Beneficios en mi nombre. Acepto pagar la diferencia entre el monto que paga mi seguro y los cargos de los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth (según lo limite la ley o el contrato), excepto cuando Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth tengan un contrato con un Plan de beneficios que no les permita cobrarme esa diferencia o cobrársela al suscriptor.

Si mi Plan de beneficios incluye un plan con autofinanciamiento/seguro de conformidad con la ley ERISA u otro tipo de Plan de beneficios, para ayudarme a obtener mis Beneficios: Autorizo y nombro irrevocablemente a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth o sus cesionarios a que sean mis representantes y apoderados, cuando los Médicos, Proveedores de atención, AdventHealth o sus cesionarios demuestren su consentimiento por escrito de tomar todas las medidas necesarias para recibir el pago, apelar cualquier

determinación adversa de beneficios o solicitar cualquier reconsideración, y recibir avisos en mi nombre para este fin. Cumpliré con los procedimientos establecidos por la ley ERISA o mi Plan de beneficios en relación con esta autorización, si correspondiera.

4. Declaración de honestidad y cooperación. Prometo que la información de (i) mis fuentes de pago y cobertura de seguro, y de (ii) todas las solicitudes de seguros que haya completado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar la información de mi seguro o asistencia financiera de manera oportuna. Acepto pagar todos los cargos que podrían haberse presentado si no se cumplen los plazos debido a mi falta de honestidad o cooperación.

5. Consentimiento para obtener el informe del consumidor. Autorizo a los Médicos, Proveedores de atención y a AdventHealth, o sus cesionarios, a obtener informes del consumidor sobre mí, de una o más agencias de informes del consumidor para ayudar a AdventHealth, los Médicos y Proveedores de atención, o sus cesionarios, con sus actividades comerciales relacionadas con la facturación, el cobro, la institución de acuerdos de pago y/o la determinación de la elegibilidad para la atención no compensada y/o los programas gubernamentales para Servicios pasados, actuales o futuros en el hospital o centro de atención ambulatoria (ya sea que dicho Servicio haya implicado, pueda implicar o vaya a implicar una extensión de crédito) o para resolver cualquier saldo de Cuenta pendiente. Entiendo que AdventHealth, los Médicos, Proveedores de atención o sus cesionarios, pueden obtener informes del consumidor sobre mí para Servicios en el hospital o centro de atención ambulatoria sin mi permiso escrito en algunas circunstancias, según lo permita la ley. No se obtendrán informes del consumidor para los Servicios prestados en las instalaciones de AdventHealth Medical Group o Centra Care.

6. SalDOS de crédito. Doy permiso para aplicar cualquier saldo de crédito para pagar los montos adeudados a los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth por cuentas corrientes o cuentas que aún no he pagado.

7. Facturas de laboratorio del hospital. Las pruebas de fluidos/muestras en el laboratorio de AdventHealth en el hospital se realizan bajo la supervisión de un médico (es decir, un patólogo) que puede no realizar la prueba o revisar los resultados, pero que supervisa y monitorea el informe de los resultados de las pruebas dirigido a los médicos que las solicitan. Según lo permitido por la ley, AUTORIZO QUE LOS SERVICIOS DE SUPERVISIÓN DEL MÉDICO/PATÓLOGO SE PAGUEN CON MIS BENEFICIOS. Entiendo que no se me facturará por estos servicios de supervisión en el laboratorio de AdventHealth si mis Beneficios no permiten el reembolso.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:

Doy mi consentimiento para que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth divulguen la siguiente información según lo permitido por la ley y la siguiente descripción:

a. Qué tipo de información de salud: Mi nombre, dirección, información de contacto, información financiera, diagnósticos, información sobre tratamientos, la cual incluye DATOS ALTAMENTE CONFIDENCIALES SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS, SALUD MENTAL Y VIH/SIDA, ASÍ COMO LA INFORMACIÓN QUE EN EL AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ADVENTHEALTH SE CALIFICA COMO SUJETA A LEYES ESTATALES ESPECIALES, y cualquier otra información que sea parte de mi expediente médico con AdventHealth.

b. Para qué fines: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y como se describe en más detalle en el aviso conjunto de prácticas de privacidad de AdventHealth.

c. A quién:

- Cualquier persona o entidad responsable de (i) pagar (o determinar si soy elegible para pagar) por mi tratamiento o asignar mis Beneficios, y (ii) sus operaciones de atención médica.

- Médicos o Proveedores de atención o mi médico que hace las derivaciones y cualquier profesional de atención médica, hogar de ancianos, centro de atención médica, servicio de ambulancia, agencia de salud en el hogar, hospicio, agencia gubernamental o privada que pueda proporcionarme servicios médicos, de salud mental, de rehabilitación, sociales o relacionados durante una visita, o durante o después de mi alta o traslado de un centro de AdventHealth.
- Médicos que no me han tratado en AdventHealth pero que tienen mi permiso por escrito para acceder a mi información de salud.
- Socios comerciales (y sus agentes y proveedores utilizados para prestar los servicios) de AdventHealth, Médicos o Proveedores de Atención que brindan servicios de soporte administrativo, operativo, financiero, de facturación y cobro, legal y técnico.
- Los afiliados de AdventHealth, que son otras entidades cuyos propietarios o administradores son AdventHealth u otros médicos son parte de redes integradas de médicos o planes.
- La fundación institucional de AdventHealth para fines de recaudación de fondos, pero solo cuando yo hubiera recibido tratamiento en el hospital, y, en tal caso, solo mi nombre, dirección, información de contacto, edad, sexo, fechas de los servicios, estado del seguro de salud, departamento donde se me prestaron los servicios en el hospital, médico(s) tratante(s) e información de resultados.
- Receptores que tienen obligación o autorización legal para acceder a mi información de salud.

d. Cómo se divulgará: Entrega en mano, por correo y de manera electrónica como, entre otros, correo electrónico, fax y a través de las redes de intercambio de información de salud. Las redes de intercambio de información de salud son entidades que almacenan y/o transfieren información de salud electrónicamente entre proveedores para el tratamiento de pacientes. Este consentimiento significa que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth pueden acceder a mi información de salud a través de redes de intercambio de información de salud, y divulgarla a otros proveedores de atención médica a través de redes de información de salud. Entiendo que mi información altamente confidencial será parte de la información de salud divulgada o puesta a disposición.

e. ¿Puedo cancelar la divulgación de mi información de salud? Revise la notificación conjunta de prácticas de privacidad de AdventHealth y solicite a AdventHealth el formulario *Request to Restrict Use and Disclosure of Protected Health Information* (Solicitud de restricción de uso y divulgación de información de salud protegida).

_____ (Sus iniciales) Doy mi consentimiento para que los Médicos, Proveedores de atención y AdventHealth usen, divulguen y accedan a mi información de salud según lo descrito antes y lo permitido por la ley.

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO:

Al firmar este Acuerdo, entiendo que doy mi permiso a AdventHealth, Médicos y Proveedores de atención, y sus cesionarios, agentes y contratistas independientes, para que me llamen y me envíen mensajes (por ejemplo, mensajes de texto, correos electrónicos, mensajes por chat, etc.) en cualquier momento, a cualquier número de teléfono que proporcione, incluyendo cualquier número celular o inalámbrico del que sea usuario o suscriptor actual o posteriormente, que sea proporcionado por mí o dado a AdventHealth por un tercero que ayude a AdventHealth a cobrar mi deuda, mediante el uso de un sistema de marcado telefónico automático o un mensaje de voz pregrabado o artificial para cualquier finalidad relacionada con mi atención médica y tratamiento, incluso la reposición de medicamentos recetados y los recordatorios de las citas, facturación o cobro relacionado con mi atención (incluidas las opciones de asistencia financiera), recomendación de opciones de tratamiento posibles o beneficios y servicios relacionados con la salud, y coordinación de transporte. El consentimiento para ponernos en contacto con usted para el pago, como se describe arriba, continuará hasta que usted nos diga que cancelemos su consentimiento, hasta que usted realice el pago completo o hasta que AdventHealth, los Médicos o Proveedores de atención renuncien o cancelen su pago.

Puede optar por dejar de recibir ciertos tipos de mensajes de texto de AdventHealth en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" cada vez que le enviemos un mensaje. Sin embargo, si

desea dejar de recibir todos nuestros mensajes de texto, debe ingresar a la aplicación AdventHealth y seleccionar sus opciones de comunicación dentro de la misma. Puede comunicarse con AdventHealth en cualquier momento para cancelar la recepción de llamadas automáticas o con mensajes de voz pregrabados. AdventHealth se reserva el derecho de que un miembro del personal de AdventHealth le llame personalmente en cualquier momento con respecto a su tratamiento o pago de nuestros Servicios.

PERÍODO DE VIGENCIA:

_____ (Sus iniciales) Entiendo que este Acuerdo tiene vigencia durante el año calendario en el que lo firmo y seguirá vigente hasta que lo vuelva a firmar.

CUALQUIER CAMBIO ESCRITO A MANO A ESTE FORMULARIO NO SERÁ LEGALMENTE VINCULANTE NI EXIGIBLE. LEÍ ESTE ACUERDO O ALGUIEN ME LO LEYÓ. ME LO EXPLICARON A MI ENTERA SATISFACCIÓN.

FECHA: _____ HORA: _____ Firma: _____

SI LA FIRMA ANTERIOR NO ES DEL PACIENTE, ESCRIBA A CONTINUACIÓN EL NOMBRE Y LA RELACIÓN DE LA PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE.

FECHA: _____ HORA: _____ Relación: _____
(p. ej., padre, tutor, sustituto para atención médica, garante, apoderado, poder notarial)

Nombre _____ en _____ letra _____ de _____ imprenta: _____

FIRMA DEL EMPLEADO SI EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL NO PUEDE/NO QUIERE FIRMAR.

Motivo _____ por _____ el _____ cual _____ el _____ paciente _____ no _____ puede/quiere firmar: _____

FECHA: _____ HORA: _____ Firma: _____

SI SE USAN SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.

FECHA: _____ HORA: _____ Firma: _____

Escriba el nombre del intérprete, el número de identificación, el idioma interpretado, el método de interpretación (teléfono, video o en persona) y la firma del intérprete si el servicio se presta en persona:
