

## Condiciones de ingreso y consentimiento para la atención de pacientes ambulatorios no quirúrgicos

En este documento, “**Paciente**” significa la persona que recibe tratamiento. “**Representante del paciente**” significa cualquier persona que actúe en nombre del Paciente y que firme como su representante. El uso de la palabra “yo”, “usted”, “su” o “mí” en contexto puede incluir tanto al Paciente como al Representante del paciente. En lo que respecta a las obligaciones financieras, dependiendo del contexto, “yo” o “mí” también pueden significar el garante financiero o “Garante”.

“**Proveedor**” significa el centro y puede incluir profesionales de atención médica que formen parte del personal del centro o a médicos en el hospital, incluyendo entre otros: radiólogos, médicos del Departamento de emergencias, patólogos, médicos hospitalistas, anestesistas y ciertos proveedores de atención médica independientes autorizados y cualquier agente autorizado, contratista, filial, sucesor o cesionario que actúe en su nombre.

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Doy mi consentimiento para los procedimientos que se puedan hacer durante este episodio de atención, incluyendo, entre otros, servicios o tratamiento de emergencia, y que pueden incluir procedimientos de laboratorio, radiografías y otros exámenes por imagen, procedimientos de diagnóstico, procedimientos o tratamientos médicos, quirúrgicos o de enfermería, anestesia o servicios de hospital u hospitalizaciones prestados según lo ordene el Proveedor. Doy mi consentimiento para que los residentes y otros individuos supervisados, inscritos en un programa de educación para profesionales de atención médica, como parte de su capacitación sobre educación de atención médica, participen y observen mi atención médica y tratamiento. Además, doy mi consentimiento para que el Proveedor haga pruebas de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, incluyendo, entre otras, pruebas de hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (“**SIDA**”) y virus de inmunodeficiencia humana (“**VIH**”), si un Proveedor ordena dichas pruebas o si lo indica el protocolo. Entiendo que los efectos secundarios y complicaciones posibles de estas pruebas generalmente son menores y que se comparan a la extracción de muestras de sangre de rutina, incluyendo el malestar de la aguja o un ligero ardor, sangrado o dolor en el lugar de la punción. Los resultados de esta prueba serán parte de mi expediente médico confidencial.
2. **Consentimiento para recibir tratamiento con el uso de telemedicina.** Doy mi consentimiento para recibir tratamiento que implique el uso de comunicaciones electrónicas (“**Telemedicina**”) para permitir que proveedores de atención médica que están en diferentes lugares compartan mi información médica personal como paciente individual para los propósitos de diagnóstico, terapia, seguimiento o educación. Autorizo el reenvío de mi información a terceros, según sea necesario, para recibir los servicios de Telemedicina y comprendo que se aplican las protecciones de confidencialidad existentes. Reconozco que, aunque la Telemedicina se puede usar para dar un acceso mejorado a la atención, existen riesgos potenciales, como con cualquier procedimiento médico, y no se pueden garantizar ni asegurar los resultados. Estos riesgos incluyen, entre otros: problemas técnicos con la transmisión de la información o fallas del equipo que pudieran tener como consecuencia la pérdida de información o retrasos en el tratamiento. Comprendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento respecto del uso de la Telemedicina en cualquier momento mientras recibo atención, sin que esto afecte mi derecho a recibir tratamiento en el futuro y sin poner en riesgo la pérdida o el retiro de ningún beneficio del programa al que tendría derecho de otra manera.
3. **Consentimiento para recibir un medicamento aún no aprobado por la FDA o un medicamento preparado/ empacado de nuevo por una farmacia subcontratada o farmacia de preparación de compuestos.** Como parte de los servicios prestados, usted puede ser tratado con un medicamento que no haya recibido la aprobación de la FDA. Usted también puede recibir un medicamento que haya sido preparado o empacado de nuevo por un centro

**CarePartners Rehabilitation Hospital** Asheville, NC

**Conditions of Admission and Consent for  
Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)**

Patient Information / Label



subcontratado o una farmacia de preparación de compuestos. Es posible que ciertos medicamentos, para los que no haya alternativas o los que sean recomendados por su médico, sean necesarios para tratamientos vitales.

4. **Consentimiento para fotografías, videos y grabaciones de sonido y digitales.** Reconozco que la seguridad del centro, la mejora de la calidad, la atención del paciente, las operaciones de atención médica o las actividades de administración de riesgos puedan incluir fotografías, videos, grabaciones digitales o de audio u otras imágenes mías, incluyendo llamadas telefónicas, que se graban y doy mi consentimiento para dichas imágenes y grabaciones. Entiendo que el centro médico conserva los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifique, se usarán y revelarán solamente hasta donde lo permita la ley.
5. **Acuerdo financiero.** Entiendo que el centro puede facturar a una compañía de seguros que ofrece cobertura. Independientemente, en consideración de los servicios prestados y excepto donde lo prohíba la ley, yo (el Paciente o el Garante) acepto pagar los servicios que no están cubiertos y los cargos cubiertos que no pague completamente la cobertura del seguro incluyendo, entre otros, el coseguro, los deducibles, los beneficios no cubiertos debido a límites de la póliza o a exclusiones de la póliza, o por no calificar para los requisitos del plan de seguro. Entiendo que, en caso de que las cantidades que pago sean, en última instancia, mayores que mi responsabilidad final como paciente, dichas cantidades pueden aplicarse a la responsabilidad del paciente en otras cuentas no resueltas antes del reembolso. Entiendo que, aunque es posible que se haya dado un cálculo antes de los servicios, los cálculos pueden variar significativamente de los cargos finales según una cantidad de factores. Un estado de cuenta detallado está disponible cuando se solicite y gratuitamente.

Si se dan suministros y servicios al Paciente que tiene cobertura por medio de un programa gubernamental o de ciertos planes de seguro médico privados, el centro puede aceptar un pago con descuento por esos suministros y servicios. En este caso, todo pago que se le pida al Paciente o Garante se determinará según los términos del programa gubernamental o del plan de seguro médico privado. Si el Paciente no tiene seguro y no está cubierto por un programa gubernamental, este puede ser elegible para obtener un descuento en su cuenta o para que esta se condone, según los programas de descuento o de beneficencia del centro que estén vigentes en el momento del tratamiento. Entiendo que puedo pedirle al centro información sobre estos programas.

6. **Los servicios profesionales prestados por contratistas independientes y profesionales de práctica avanzada no forman parte de la factura del centro.** Entiendo y reconozco que los médicos y profesionales de práctica avanzada que me prestan servicios en el centro son contratistas independientes y no son agentes ni empleados del centro. Entiendo que no puedo pedir que me vean ni me examinen todos los médicos u otros profesionales de práctica avanzada que participan en mi atención; por ejemplo, no puedo ver a los médicos o cirujanos tratantes, radiólogos, patólogos, cardiólogos, médicos de emergencia, anestesistas, médicos del personal, médicos contratados, asistentes médicos y otros profesionales de práctica avanzada, incluyendo los que prestan servicios de radiología, patología, cardiología, interpretación de electrocardiogramas, servicios de anestesia o telemedicina. Entiendo que, en la mayoría de los casos, habrá un cargo aparte por los servicios profesionales prestados por estos proveedores, y que yo recibiré una factura por estos servicios profesionales aparte de la factura por los servicios del centro.

## CarePartners Rehabilitation Hospital Asheville, NC

### Conditions of Admission and Consent for Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)

Patient Information / Label



7. **Relación legal entre el hospital y los médicos y los profesionales de práctica avanzada.** Los médicos independientes y los profesionales de práctica avanzada son responsables de sus propias acciones, y el centro no será responsable de las acciones u omisiones de ninguno de dichos médicos independientes o profesionales de práctica avanzada. En la medida en que se imponga al centro la obligación de dar cualquier tipo de atención, servicio o tratamiento, esta responsabilidad se delega a los profesionales de atención médica correspondientes.
8. **Cesión de beneficios.** El Paciente cede todos sus derechos y beneficios según las pólizas de seguro existentes que proporcionen cobertura y el pago por todos y cada uno de los gastos incurridos como resultado de servicios y tratamiento prestados por el Proveedor y autoriza el pago directo al Proveedor de todo beneficio del seguro que de otra manera fuera pagadero al Paciente o en su nombre, por la hospitalización o por los servicios de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios de emergencia, si fueron prestados. Entiendo que cualquier póliza de seguro médico bajo la que estoy cubierto puede ser adicional a otra cobertura o beneficios o recuperación a los que tenga derecho, y que el Proveedor, al aceptar inicialmente la cobertura de seguro médico, no renuncia a sus derechos de cobrar o aceptar, como pago total, cualquier pago hecho bajo beneficios o cobertura distinta o cualquier otra fuente de pago que pueda cubrir o que cubra los gastos incurridos para obtener servicios y tratamiento.

Acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar al Proveedor a cobrar el pago a cualquier Parte responsable, en caso de que los Proveedores elijan cobrar dicho pago, incluyendo permitir que los Proveedores demanden en mi nombre a la Parte responsable. Si recibo pago directamente de cualquier fuente por los cargos médicos asociados con mi tratamiento, reconozco que es mi deber y responsabilidad hacer inmediatamente cualquiera de estos pagos a los Proveedores.

Por este medio **nombro irrevocablemente** al Proveedor como mi representante autorizado para interponer cualquier reclamo, penalización, o recurso legal o administrativo como resultado de todos los beneficios que se me adeuden por el pago de los cargos asociados con los servicios y tratamientos prestados por el Proveedor. Estas acciones autorizadas comprenden apelaciones administrativas y no administrativas en mi nombre por cualquier denegación o pago insuficiente de beneficios o cobertura, litigio o cualquier otra forma de resolución de disputas, en cualquier tribunal y por cualquier tipo de remuneración (incluyendo las compensaciones monetarias y de equidad) disponible según las leyes aplicables, incluyendo, entre otras, todas las disposiciones de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974, en contra de cualquier pagador responsable, plan de beneficios médicos patrocinado por el empleador, compañía aseguradora de responsabilidades ante terceros o cualquier otro tercero responsable (“**Parte responsablearte responsable**”). Asimismo, le cedo al Proveedor todos mis derechos de demandar y recibir la producción de, o el acceso a, todo tipo de documento o información, incluyendo, entre otros, las copias de documentos y material del plan médico, de cualquier persona física o jurídica, en la medida en la que mis derechos me lo permitan, según mi plan médico y las leyes aplicables. Los derechos mencionados se ceden en su totalidad, sin limitaciones ni reservas de ninguna parte o aspecto de ellos. Esta cesión no se deberá considerar como una obligación de los Proveedores de buscar cualquier derecho de recuperación. Reconozco y entiendo que conservo mi derecho de recuperación ante mi aseguradora o plan de beneficios médico y que la cesión anterior no me priva de tal derecho.

## CarePartners Rehabilitation Hospital Asheville, NC

### Conditions of Admission and Consent for Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)

Patient Information / Label



9. **Certificación de paciente de Medicare y cesión del beneficio.** Certifico que toda la información que proporcione al pedir el pago según el Título XVIII (“**Medicare**”) o el Título XIX (“**Medicaid**”) de la Ley de Seguridad Social es la correcta. Pido que se haga en mi nombre el pago de los beneficios autorizados al hospital o al médico del hospital, por medio del programa de Medicare o Medicaid.
10. **Pacientes ambulatorios de Medicare.** Medicare no da cobertura para "medicamentos de autoadministración" ni medicamentos que usted tome normalmente por su cuenta, solamente con algunas excepciones limitadas. Si usted obtiene medicamentos de autoadministración que la Parte B de Medicare no cubre, es posible que le facturemos el medicamento. Sin embargo, si usted está inscrito en un Plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, estos medicamentos pueden estar cubiertos de acuerdo con el material de inscripción del Plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. Si usted paga estos medicamentos de autoadministración, puede presentar un reclamo a su Plan de medicamentos de la Parte D de Medicare para obtener un posible reembolso.
11. **Comunicaciones sobre mi atención médica.** Autorizo que se revele la información de mi atención médica con el fin de comunicar los resultados y decisiones de atención a mis familiares y a otras personas a quienes nombre como responsables de mi atención. Yo les daré a estas personas una contraseña u otro medio de verificación que el centro especifique. Acepto que el Proveedor, un agente del Proveedor o el personal del consultorio de un médico independiente se comuniquen conmigo con el fin de programar las visitas de seguimiento necesarias que recomiende el médico de atención directa.
12. **Consentimiento para el uso de llamadas telefónicas, mensajes de correo electrónico o mensajes de texto.** Autorizo el uso de cualquier dirección de correo electrónico o teléfono que dé (incluyendo las direcciones de correo electrónico o los teléfonos que dé de mi familia o representante designado) (ya sean de línea fija o inalámbrica, incluyendo las direcciones y teléfonos reenviados o transferidos de la información entregada) para recibir información sobre mis servicios de atención médica y obligaciones financieras incluyendo, entre otros, (i) información sobre la atención médica, incluidos recordatorios de citas, instrucciones para el alta, instrucciones preoperatorias y posoperatorias, instrucciones de seguimiento, información dietética, información de recetas, remisiones, elegibilidad o cobertura de seguro o plan médico, seguimientos relacionados con una visita u otra interacción, información sobre mis condiciones, diagnóstico, plan de tratamiento, opciones y capacidades de tratamiento disponible, material de referencia, información sobre programas o servicios que puedan ser de mi interés, invitaciones para participar en encuestas, revisiones o evaluaciones de mi experiencia, instrucciones sobre cómo acceder a mi información o expedientes, o preguntas sobre mis preferencias, y (ii) comunicaciones financieras, incluyendo, entre otros, asistencia económica y evaluación de beneficios, recordatorios de pago, avisos de morosidad, instrucciones y enlaces a la información de facturación del paciente del centro.

Acepto y autorizo expresamente que ustedes, su personal de servicio al cliente y agentes de cobro se puedan comunicar conmigo por teléfono, mediante una línea grabada o usando tecnología de marcación automática, por medio de cualquier número que yo haya dado o que ustedes, su personal de servicio al cliente y agentes de cobro hayan obtenido, o cualquier número que se pueda haber enviado o transferido desde ese número, con respecto a la hospitalización, los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Declaro (si no soy el paciente) que el paciente me autorizó para recibir llamadas, mensajes de texto o de correo electrónico en su nombre y que participo en la atención y el pago del paciente. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz artificial/grabados previamente o el uso

## CarePartners Rehabilitation Hospital Asheville, NC

### Conditions of Admission and Consent for Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)

Patient Information / Label



de un dispositivo de marcado automático, según corresponda. Declaro que soy el titular del teléfono que doy y que soy responsable de avisar al Proveedor sobre cualquier cambio o información actualizada de dicho número.

Entiendo que los correos electrónicos y los mensajes de texto no están encriptados y existe cierto riesgo de que la información incluida en mensajes encriptados, incluyendo mensajes de texto y correo electrónico, pueda ser interceptada por terceros, recibida sin intención por terceros, o almacenada o archivada por nuestros proveedores de servicio y operadores del sistema. La información incluida en dichos mensajes puede incluir su nombre, fecha/hora de las citas, nombre del médico/consultorio médico, especialidad del médico/práctica, número de cuenta del paciente u otra información relacionada con su obligación financiera o nuestros servicios. Es posible que apliquen tarifas de mensajes y datos a los mensajes de texto. Los demás términos de los mensajes de texto pueden encontrarse en el sitio web del Proveedor y se actualizan ocasionalmente. Para dejar de recibir un cierto tipo de mensaje de texto (por ejemplo, mensajes posteriores sobre mi plan de tratamiento), entiendo que puedo seguir las instrucciones de exclusión voluntaria incluidas en el mensaje que deseo dejar de recibir. Es posible que continúe recibiendo mensajes de texto de otros temas, sujeto a otros procedimientos para desvincularse.

13. **Uso y revelación de información.** Doy mi consentimiento a los Proveedores para que usen y revelen información médica sobre mí para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, salud pública y otros propósitos que permita la ley aplicable. La información cubierta por este consentimiento incluye específicamente, entre otros, historia y expedientes físicos, registros de emergencia, informes de laboratorio, notas de progreso del médico, notas de enfermería, resúmenes del alta, información genética, información psicológica, información psiquiátrica, información sobre discapacidad intelectual e información sobre el abuso de sustancias, trastornos y condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluyendo, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA. Este consentimiento se aplica, sin limitación, a los usos y revelaciones para la atención coordinada o a los fines de administración de casos; a cualquier persona o entidad responsable o implicada en el pago en nombre del Paciente, incluyendo para verificar la cobertura, y a la persona que designe mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con un reclamo de compensación de los trabajadores. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la revelación de mi información de atención médica a la Administración del Seguro Social, a sus intermediarios o aseguradores para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correcta para el pago de un reclamo de Medicaid. El Proveedor participa, o podría participar en el futuro, en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE) o en otras organizaciones con proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que dichas personas y entidades compartan información de atención médica para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otros fines que permite la ley. A menos que yo le notifique por escrito al Proveedor que no deseo que me incluyan en la participación, autorizo a que mi información médica se comparta con participantes del HIE y con otras organizaciones según lo descrito arriba.

14. **Otros reconocimientos.**

**Objetos personales de valor.** Entiendo que el centro no será responsable por la pérdida o daño de ninguna de mis pertenencias (independientemente de si se colocaron en casilleros, etc.), a menos que se depositen en el centro específicamente para su custodia en una caja fuerte controlada por el centro, cuando sea posible. La responsabilidad del centro por la pérdida de cualquier pertenencia depositada específicamente en él para su custodia se limita al mínimo que exige la ley aplicable.

## CarePartners Rehabilitation Hospital Asheville, NC

### Conditions of Admission and Consent for Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)

Patient Information / Label



**Armas/explosivos/drogas.** Entiendo y acepto que, si el centro en algún momento cree que puede haber un arma, un dispositivo explosivo, drogas o sustancias ilegales o alcohol en mi habitación o con mis pertenencias, el centro puede revisar, confiscar y disputar cualquiera de los artículos mencionados, incluyendo su entrega a las fuerzas de orden público.

**Derechos de visita del paciente.** Entiendo que tengo derecho a recibir a las visitas a quienes yo o mi Representante del paciente nombre, sin importar mi relación con dichas visitas. También tengo derecho a retirar o denegar dicho consentimiento en cualquier momento. No se me negará el privilegio de recibir visitas según la edad, la raza, el color, el país de origen, la religión, el sexo, la identidad y expresión de género, y la orientación sexual o discapacidad. Todas las visitas a quienes nombre gozarán de privilegios de visita plenos y en igualdad de condiciones que no sean más restrictivos que aquellos de los que gozarían mis familiares inmediatos. Además, entiendo que es posible que el centro establezca restricciones o limitaciones razonables o clínicamente necesarias a mis visitas para proteger mi salud y seguridad, además de la salud y seguridad de los otros Pacientes. El centro explicará claramente el motivo de cualquier restricción o limitación que se pudiera imponer. Si creo que hubo una violación a mis derechos de visita, yo o mi representante tenemos derecho a usar el sistema de resolución de quejas del centro.

**Disposición adicional para menores de edad/pacientes incapacitados.** Si firmo como tutor, acepto y verifico que soy el tutor o custodio del paciente menor de edad/discapacitado.

15. **Aviso de prácticas de privacidad.** Reconozco que recibí el Aviso de prácticas de privacidad del centro, que describe las formas en las que el Proveedor puede usar y revelar la información de mi información médica. Entiendo que el Proveedor o los socios comerciales del Proveedor pueden revelar esta información electrónicamente. Entiendo que puedo comunicarme con el Director de privacidad del centro designado en el aviso si tengo una pregunta o queja.

**Reconocimiento:** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

16. **Reconocimiento del Aviso de los derechos y responsabilidades del paciente.** Se me entregó una Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, asegurándome que seré tratado con respeto y dignidad y sin discriminación ni distinción basada en la edad, el sexo, la discapacidad, la raza, el color, la ascendencia, la ciudadanía, la religión, el embarazo, la orientación sexual, la identidad o expresión de género, el país de origen, la condición médica, el estado civil, el estado de veterano, la fuente o capacidad de pago, o cualquier otro fundamento prohibido por la ley federal, estatal o local. Entiendo que puedo dar directivas anticipadas al Proveedor y puedo pedir información sobre la formulación de directivas anticipadas en el momento del registro o posteriormente.

**Reconocimiento:** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

17. **Reconocimiento:** Tuve la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información que contiene este formulario, incluyendo **específicamente**, entre otras, las disposiciones de las obligaciones financieras y las disposiciones de cesión de beneficios, y reconozco que no tengo preguntas, o bien, que mis preguntas se respondieron a mi entera satisfacción, y que firmé este documento libremente y sin ningún otro incentivo adicional que no sea la prestación de los servicios de los Proveedores.

**Reconocimiento:** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

## CarePartners Rehabilitation Hospital Asheville, NC

### Conditions of Admission and Consent for Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)

Patient Information / Label



Fecha:	Yo, el que suscribe, como Paciente o Representante del paciente, o como tutor de un Paciente menor de edad/discapacitado, por este medio certifico que leí y que entiendo total y completamente estas Condiciones de ingreso y Consentimiento para la atención de pacientes ambulatorios, y que firmé estas Condiciones de admisión y consentimiento para la atención de pacientes ambulatorios a sabiendas, libremente, voluntariamente y acepto cumplir sus términos. No recibí promesas, certezas ni garantías de nadie en cuanto a los resultados que pueda obtener por cualquier servicio o tratamiento médico. Si la cobertura del seguro es insuficiente, denegada por completo o no está disponible de otra manera, el que suscribe acepta pagar todos los cargos no pagados por la aseguradora.	
Hora:		
<b>Firma del Paciente/Representante del paciente:</b> <input checked="" type="checkbox"/> _____  Si usted no es el Paciente, identifique su relación con el Paciente.  <b>(Encierre en un círculo o marque las relaciones con el paciente en la lista de abajo):</b>  Cónyuge Padre/madre Tutor Vecino/amigo Hermano Poder notarial de atención médica Garante Otro (especifique): _____		<b>Firma y título del testigo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> _____  <b>Firma y título del testigo adicional:</b> (necesario para Pacientes que no pueden firmar sin un representante o para Pacientes que se nieguen a firmar)  <input checked="" type="checkbox"/> _____  Standard OP 10/7/22

**CarePartners Rehabilitation Hospital** Asheville, NC

**Conditions of Admission and Consent for Non-Surgical Outpatient Care (Spanish)**

Patient Information / Label

