

Condición para la Admisión

1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

El abajo firmante otorga su consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse, 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.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El abajo firmante acepta que, en la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y para obtener reembolsos, el Buena Vista Surgery 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 Buena Vista Surgery Center, incluyendo, sin limitaciones, compañías de seguros, planes de servicios de salud o administradoras de las compensaciones de los trabajadores. El abajo firmante autoriza la divulgación de registros y/o información médica tanto desde el Buena Vista Surgery Center como hacia él, para fines de atención médica continua.

3. ACUERDO DE FINANCIAMIENTO

El abajo firmante acepta que, ya sea que firme como agente o como paciente, considerando los servicios prestados al paciente, él/ella se obliga individualmente a pagar la cuenta del Buena Vista Surgery 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 el abajo firmante es paciente de Medicare, sabe que Medicare podría negar el pago. Si Medicare negara el pago, él/ella acepta hacerse totalmente responsable del pago.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

El abajo firmante autoriza, ya sea que firme como agente o paciente, el pago directo al Buena Vista Surgery Center de cualquiera de los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a favor del abajo firmante por los servicios prestados. Se conviene que el pago al Buena Vista Surgery 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. El abajo firmante comprende que el/ella es responsable del financiamiento de los cargos no cubiertos por este contrato.

5. ARBITRAJE

Por este medio, acuerdo que cualquier conflicto que surja entre el paciente y Buena Vista 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 Buena Vista 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 N.º 5 ARRIBA.

6. PÉRDIDO O ROBO DE OBJETOS PERSONALES

Buena Vista Surgery Center no se hace responsable por la pérdida, daños o robó de objetos personales en las instalaciones del Centro. Todos los efectos personales son de la responsabilidad del paciente.

Aceptación del Cheque del Seguro

Por favor lea la siguiente información con respecto a su responsabilidad de financiamiento por su procedimiento quirúrgico en el Buena Vista Surgery Center ("BVSC") y confirme que comprende esta información firmando a continuación.

- El BVSC remitirá un reclamo de indemnización a su proveedor del seguro por concepto de uso de nuestras instalaciones durante su procedimiento.
- Su proveedor del seguro puede enviarle un cheque directamente a usted. Por favor entienda que todo cheque enviado a usted por concepto de servicios prestados por BVSC deberá endosarlo a BVSC y devolverlo a nuestras oficinas inmediatamente. 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.
- Por favor recuerde que las tarifas del BVSC 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 he revisado una copia de la Notificación de Privacidad por parte del Consultorio del Cirujano y/o del Buena Vista Surgery Center de Burbank.

Regulaciones sobre Robo de Identidad

En cumplimiento con la legislación reciente 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:

- Directrices Anticipadas
- Mis derechos como paciente (incluyendo la Política de Quejas)
- Mis responsabilidades como paciente
- Mis derechos y protecciones contra facturas medicas de sorpresa
- Mi Propiedad compartida médicos de este centro de cirugía ambulatoria.

He leído 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