

CERTIFICADO DE ACUERDO

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO:** Quien suscribe consiente recibir el tratamiento médico que la clínica puede practicar sobre la base de una atención ambulatoria, como la prestada en consultas médicas; evaluaciones de bienestar; tratamiento, procedimientos o servicios de emergencias; vacunas; inyecciones, procedimientos mínimos de laboratorio y evaluaciones médicas generales.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

2. **ACUERDO FINANCIERO:** Quien suscribe acepta las políticas financieras de la clínica, ya sea que firme como padre, tutor legal o paciente, en consideración a los servicios que se prestarán al paciente, por el presente se obliga individualmente a pagar la cuenta de la clínica de acuerdo con las tarifas regulares y las condiciones de la misma. Si la cuenta es remitida a un abogado o agencia de cobranzas, quien suscribe deberá pagar los honorarios correspondientes del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

3. **ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O PLAN DE SALUD:** Quien suscribe autoriza, ya sea que firme como padre, tutor legal o paciente, el pago directo a los médicos del Children's Hospital of Orange County. Se acuerda que los pagos a los anteriores por una compañía de seguros o plan de salud, en virtud de esta autorización, eximirán a dicha compañía de seguros o plan de salud de todas y cada una de las obligaciones bajo una póliza o contrato en la medida de dichos pagos. Quien suscribe entiende que es responsable financieramente de los cargos no cubiertos por esta asignación.

- a. **SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA:** Se entiende que todas las partes de este acuerdo permanecerán en vigor hasta su rescisión por escrito por el abajo firmante; o hasta que el consentimiento sea firmado en una fecha posterior, *o tres años a partir de la ejecución de este consentimiento, lo que ocurra primero*. Además, se entiende que una copia de esta asignación será tan válida como el original. Así mismo, quien suscribe entiende que la clínica no está obligada a proporcionar servicios de coordinación de los beneficios al suscrito. Por lo tanto, la clínica no será responsable de revisar, determinar o coordinar los servicios prestados de manera que se maximice la cobertura del plan de servicios.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

4. **AVISO DE PRIVACIDAD:** Quien suscribe reconoce sus derechos de conformidad con la Política de Aviso de Privacidad y autoriza a la clínica a que utilice y divulgue información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones médicas descritas en la Política de Privacidad, ya sea que firme como padre, tutor legal o paciente.

(Escriba aquí sus iniciales) _____



CERTIFICADO DE ACUERDO

5. **AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR:** Quien suscribe autoriza a los familiares y cuidadores que califiquen para supervisar, como sea aconsejable, la atención que presten los proveedores y el personal de la clínica, que incluya vacunas, evaluaciones físicas, pruebas o tratamiento para realizar un diagnóstico médico y suministrar atención médica, ya sea que firme como padre, tutor legal o paciente.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

6. **OBLIGACIONES DEL PLAN DE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA:** La clínica tiene una lista de planes de servicios de atención médica con los que tiene contrato. Una lista de dichos planes está disponible previa solicitud en la Administración. Quien suscribe entiende que si su plan de servicios de atención médica tiene un contrato con esta clínica, el plan del paciente será financieramente responsable, objeto de copagos, deducibles u otras limitaciones por el costo total de los servicios que cubre el plan. La clínica no tiene contrato, expreso o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. Quien suscribe acepta que está individualmente obligado a pagar el costo total de todos los servicios que preste la clínica si pertenece a un plan que no figura en la lista mencionada o, en el caso de un plan que aparece en la lista si este no cubre los servicios.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

7. **DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Bajo requerimiento, la clínica puede poner a disposición del público o del socio de servicios adquiridos, cierta información básica sobre el estado general del paciente. La divulgación de información básica al público o al socio de servicios compartidos no se aplica a pacientes de los programas psiquiátricos, psicológicos, de abuso de alcohol o de drogas. Si el paciente o su representante legal no desean que se divulgue dicha información, debe realizar tal solicitud por escrito. La clínica obtendrá el consentimiento del paciente o de su representante legal, y su autorización por escrito, para divulgar aquella información que no sea la información básica sobre el paciente, excepto en aquellas circunstancias en las que la divulgación de dicha información esté permitida o sea requerida por la ley. Quien suscribe acuerda que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso, la clínica puede divulgar partes del expediente del paciente, incluidos sus registros médicos, a cualquier persona, agencia o corporación que sea o pueda ser responsable, por el total o parte de los cargos de la clínica, que incluyen, entre otros, las compañías de seguros, los planes de servicios de atención médica o las administradoras de compensaciones de los trabajadores. Se requiere un permiso especial para revelar esta información cuando el paciente está siendo tratado por abuso de alcohol o drogas, o por razones psicológicas o psiquiátricas.

(Escriba aquí sus iniciales) _____



CERTIFICADO DE ACUERDO

8. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS: Autorizo la toma de fotografías, videos, imágenes digitales o de otro tipo a mi condición o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de tales imágenes para el establecimiento de un diagnóstico o tratamiento o la realización de operaciones, incluyendo la revisión por pares y programas educativos o de capacitación que realice la clínica. Estas fotografías no se compartirán con otros individuos que no sean del personal de la oficina y solo para los propósitos mencionados en este documento. También entiendo que tales fotografías, videos, imágenes digitales o de otro tipo no pueden tomarse mientras me encuentre en la oficina, sin el consentimiento del proveedor o el personal.

NO doy mi consentimiento para/no acepto que mi hijo sea fotografiado.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

9. OBJETOS PERSONALES DE VALOR: Quien suscribe entiende que la clínica no tiene instalaciones para la custodia de dinero y objetos de valor, y acepta que esta no será responsable por la pérdida o el daño de cualquier dinero, joyas, ropa, documentos u otras propiedades personales ingresadas a la misma. La clínica se reserva el derecho de prohibir el ingreso de artículos personales, incluidos aparatos eléctricos, que determine puedan constituir un peligro para la seguridad, una molestia para otros pacientes o un impedimento para la atención del paciente. Están prohibidas las armas de fuego, las drogas ilícitas u otros tipos de armas.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

10. LEY DE PROTECCIÓN AL USUARIO DE TELÉFONO: Al suministrarnos un número telefónico de línea fija, celular o algún otro dispositivo inalámbrico, acuerda que, para que nosotros o nuestros proveedores de servicios podamos atender su(s) cuenta(s) (incluyendo contactarlo para recordarle una cita, obtener ayuda financiera potencial para su[s] cuenta[s]) o cobrar cualquier cantidad que nos pueda deber; nosotros, nuestros agentes, representantes u otros proveedores de servicio pueden contactarlo al(los) número(s) telefónico(s) que se indica(n) en el Formulario de Información del Paciente. Usted acepta expresamente que los métodos de contacto pueden incluir el uso de llamadas telefónicas, mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados y artificiales, o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Este consentimiento aplica a todos los servicios y las facturaciones asociadas con el paciente, padre o tutor legal.

NO doy mi consentimiento para el uso de mensajes pregrabados, mensajes de texto, mensajes de voz artificiales o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

(Escriba aquí sus iniciales) _____



CERTIFICADO DE ACUERDO

11. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO (“EMAIL”): Las comunicaciones por correo electrónico deben establecerse entre la clínica y un paciente adulto de 18 años de edad o más, o el padre, tutor o representante legal de un menor. El correo electrónico sólo debe utilizarse para asuntos no sensibles y no urgentes. Las comunicaciones por correo electrónico son apropiadas para el siguiente tipo de transacciones: programación/recordatorio de citas, preguntas sobre facturación, encuestas de las experiencias del paciente, recetas/reabastecimiento de las recetas, consejo médico general después de una consulta personal inicial, derivaciones y resultados de laboratorio/pruebas.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

12. SEGURIDAD DEL PASAJERO INFANTIL: El Estado de California requiere que los niños menores de 8 años de edad estén correctamente abrochados en un asiento de autos o silla para bebés en el asiento trasero del vehículo (Código Vehicular 27360). Los niños de 8 años o más pueden usar el cinturón de seguridad del vehículo si se ajusta correctamente, con el cinturón abdominal en la parte baja de las caderas, tocando la parte superior de los muslos, y el cinturón de hombro, cruzando por el centro del pecho. Los niños menores de 2 años de edad deben ir sentados mirando hacia atrás en el asiento de autos, a menos que pesen 40 libras o más o midan 40 pulgadas o más. Si los niños no tienen la estatura suficiente para ajustarse correctamente al cinturón de seguridad del vehículo, deben ir en una silla para bebés o un asiento de seguridad para autos (Código Vehicular 27360.5).

Recibí información sobre la seguridad de los pasajeros infantiles.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

13. USO DEL PORTAL EN LÍNEA: Al aceptar utilizar nuestro portal en línea, los padres o tutores legales pueden comunicarse con la clínica o proveedor para actualizar la información demográfica, solicitar citas, acceder a las historias clínicas del paciente, resultados de laboratorio y realizar pagos de facturas en línea. Los pacientes entre 12 y 17 años de edad no podrán utilizar el portal. Una vez que el paciente cumpla los 18 años de edad, podrá tener acceso al portal para propósitos de comunicación.

(Escriba aquí sus iniciales) _____

14. CONDICIONES DEL ACUERDO: Se entiende que todas las partes de este acuerdo permanecerán en vigor hasta su rescisión por escrito por el abajo firmante, o hasta que se firme otro acuerdo en una fecha posterior, *o un año a partir de la ejecución de este consentimiento, lo que ocurra primero.*



CERTIFICADO DE ACUERDO

El abajo firmante certifica que leyó lo anterior, recibió una copia de ello y es el paciente, el representante legal del paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Este Consentimiento de Acuerdo o Consentimiento para el tratamiento será vinculante para las partes establecidas en este documento, incluidos los recién nacidos y los herederos, representantes, ejecutores, administradores, sucesores y cesionarios de dichas partes y los recién nacidos.

_____	_____	_____
Paciente/Padre/Tutor/Representante legal	Fecha	Hora

Si la firma no es del paciente, indique la relación		

Testigo	Fecha	Hora

