

NORMA DE ADMISIÓN Y FINANZAS

GRACIAS por seleccionar al Harmony Surgery Center, LLC(HSC). Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor tómesese algunos minutos para repasar la siguiente norma de Admisión y Finanzas para su cirugía.

El paciente abajo firmante, en persona o por el representante autorizado de él/ella, solicita tratamiento o admisión al Harmony Surgery Center para recibir servicios médicos, quirúrgicos o servicios relacionados con la salud, y acepta los términos y condiciones de la norma de Admisión y Financiera que sigue.

- 1. Contratistas Independientes:** Yo entiendo que todos los médicos de la Facultad Médica y otros profesionales bajo contrato con el Ambulatory Surgery Center(ASC) que proveen servicios son contratistas independientes, y no son agentes ni empleados del ASC. Como tal, el ASC no es responsable por sus acciones u omisiones. Estos contratistas independientes pueden facturar aparte por sus servicios.
- 2. Consentimiento para Servicio:** Yo accedo voluntariamente a que me presten cuidado médico los empleados y/o contratistas independientes del HSC. El alcance de mi cuidado puede incluir servicios rutinarios del ASC, procedimientos para diagnóstico, tratamiento médico, y otros cuidados y servicios del ASC que consideren necesario mi médico de cabecera u otros con privilegios clínicos en el ASC. Entiendo además que tengo derecho a ventilar con mi médico los procedimientos o tratamientos propuestos, y a acceder a o rehusar tales procedimientos o tratamientos.
- 3. Efectos Personales:** Yo entiendo que el ASC tiene un lugar seguro para guardar mi dinero y efectos personales. El ASC no es responsable por ninguna pérdida de dinero, joyas, lentes, dentaduras, documentos u otros artículos de valor inusual que yo mantenga en mi poder o se me traiga mientras soy paciente aquí.
- 4. Aviso de las Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente:** Al firmar abajo reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Aviso de Prácticas de Privacidad del ASC. Yo doy mi consentimiento al ASC para usar y divulgar mi Información Protegida de Salud (PHI) según se describe en el Aviso y según lo permita la ley.
- 5. Exposición:** En el caso que yo sea la fuente de una exposición a sangre o fluidos corporales, entiendo que estoy dando mi consentimiento para ser examinado para Hepatitis y HIV. Yo entiendo que los resultados de estos exámenes serán confidenciales y serán usados para determinar el tratamiento apropiado para el individuo expuesto. Si tengo interés en recibir una copia de los resultados de mis exámenes puedo contactar a PVH Medical Records en el 970-495-7343. Yo entiendo que soy responsable de contactar a mi médico personal para el seguimiento de estos resultados. Yo entiendo que se reportará un resultado positivo al Departamento de Salud de Colorado junto con mi nombre, dirección, género y fecha de nacimiento, según lo requiere la ley.
- 6. Asignación de Beneficios de Seguro:** Si tengo derecho a beneficios de cualquier tipo procedentes de cualquier póliza de seguro o derecho público que me asegura a mí o a cualquiera otra parte responsable a mí, tales beneficios son por la presente asignados al ASC por servicios prestados.
- 7. Exoneración de Responsabilidad por Egreso:** En el caso que yo abandone el Centro sin la aprobación o directiva de mi médico de cabecera, yo por la presente exonero al ASC y al contratista independiente de toda responsabilidad por cualquier efecto adverso que pueda resultar de tal egreso, y no haré responsable, ni trataré de hacer responsable al ASC y/o contratista independiente por ninguna pérdida, daño, lesión ni incapacidad.

Yo entiendo que el facturar a la compañía de seguros u otros beneficios es sólo un servicio y no es una garantía de pago. Si el Pagador no paga dentro de cuarenta y cinco (45) días de la facturación, yo seré responsable por la cantidad total de la factura. Además yo proveeré, completaré y firmaré prontamente cualquier documento necesario para obtener reembolso de un Pagador al ASC por los servicios prestados.

Por la presente doy mi consentimiento expreso para permitir al Harmony Surgery Center ser mi representante designado para representarme en una revisión externa debida a una negación de beneficios por parte de mi compañía de seguros. Yo cooperaré con HSC en tal revisión.

- 8. Requisitos de la Cobertura de Seguro del Paciente:** Si el ASC es un proveedor aprobado por mi seguro, el ASC facturará a mi seguro y colectará sólo la porción que es responsabilidad del paciente. ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL ASC DE CUALQUIER CAMBIO EN MI PLAN Y/O COBERTURA DE SEGURO. Si el ASC no recibe información correcta al momento del servicio, yo podría ser responsable por el pago total de los servicios prestados. Será mi obligación satisfacer cualquier condición para el pago que requiera un Pagador, tal como una segunda opinión médica, preautorizaciones, notificación de admisión y/o notificación de tratamiento de emergencia, y si no cumplo con una condición para el pago éste será mi responsabilidad y no limitará en ninguna forma mi responsabilidad financiera al ASC por la cantidad total de la factura.
- 9. Acuerdo Financiero:** Yo convengo en que la cobertura de mi seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. HSC no es responsable por servicios denegados por mi compañía de seguros. Yo convengo en pagar por los servicios prestados por ASC, que no sean pagados o sean excluidos por cualquier otro Pagador, de acuerdo con las tasas regulares y la norma financiera del ASC. Se entiende y se conviene en que mi cuenta es vencida y pagadera al momento de mi admisión. Si mi cuenta se refiere a un abogado para cobro, yo convengo en pagar honorarios razonables de abogado, costos y gastos por colección, incluyendo los honorarios de abogado que incurra la agencia de colecciones. Yo entiendo que recibiré aviso de cualquier pago en exceso, y se me reembolsará el exceso de mi pago una vez se haya procesado un reclamo correcto, a menos que yo tenga balances pendientes de cobro por servicios prestados en otras fechas.

10. **Pago Propio/Balances del Paciente:** Yo entiendo que si no tengo cobertura de seguro médico yo soy responsable de la cantidad total por el servicio. La Norma Financiera del HSC requiere que todo balance se pague en su totalidad no más tarde de 120 días (4 meses) después de la facturación inicial. Si surgen circunstancias fuera de mi control, puedo contactar a la Oficina de Business, 297-6429, y ellos tratarán de hacer arreglos para pagos conmigo.
11. **Casos Cosméticos:** HSC requiere que todos los casos cosméticos se paguen totalmente antes de o en el día de su cirugía.
12. **Estimado de la Facilidad:** Yo entiendo que si recibí un estimado de la facilidad antes de mi procedimiento, es importante entender que fue sólo un estimado de mi responsabilidad financiera, no una factura final por el servicio.
13. Al proveer a nuestra facilidad su(s) número(s) de teléfono privado o celular, usted está dando autorización expresa para contactarle en esos números. Esta autorización expresa aplica también a cualquier número privado o celular que usted adquiera en el futuro. Las llamadas a usted pueden hacerse usando tecnología automática para marcar. El proveer el número(s) de su celular no es una condición para recibir nuestros servicios.
14. A los pacientes admitidos a Extended Recovery Care se les pedirá que creen una contraseña para autorizar la divulgación de información médica a otras personas que ellos seleccionen. Yo autorizo al personal apropiado del Harmony Surgery Center a divulgar información de mi expediente médico a las personas que posean la contraseña.
15. Harmony Surgery Center provee servicios de **Off-Site Transfers** y **On-Site Pre-Planned Transfers**: (Sólo a pacientes de cirugía)
Yo accedo a Off-Site Transfers: Ocurrirá un On-Site Transfer en ocasiones cuando se necesite un nivel de cuidado más alto del que se provee en el Centro. Existen acuerdos para traslado con el Medical Center of the Rockies y Poudre Valley Hospital. La facilidad receptora proveerá el nivel de cuidado necesario para satisfacer las necesidades del paciente. Si fuese necesario transferir el cuidado, los pacientes serán transportados en ambulancia. El costo del traslado será determinado por la cobertura de seguro médico individual. Para información sobre responsabilidad financiera, sírvase contactar a su compañía de seguros. Todos los costos asociados con el traslado serán la responsabilidad de la cobertura del seguro individual y/o el paciente.

Yo accedo a On-Site Pre-Planned Transfers: Ocurrirá un On-Site Transfer en ocasiones cuando se sabe o se determina que el paciente necesita cuidado postoperatorio adicional. El traslado On-Site será al Harmony Convalescent Center directamente al lado del Harmony Surgery Center. Los pacientes serán trasladados en sus camas, sin costo alguno al paciente. El Harmony Convalescent Center provee el nivel de cuidado necesario para satisfacer las necesidades del paciente.

Yo certifico que he leído esta Norma de Admisión y Finanzas, y que la información que he dado en cuanto a mi admisión es correcta, y que tengo acceso a una copia de la misma. Yo entiendo que ningún agente o empleado del HSC está autorizado a alterar o eliminar ninguna provisión de este Acuerdo. Ninguna alteración, adición o borradura cambiará las obligaciones a las que he accedido.

AVISO DE DIRECTIVA

Su cirujano ha programado una cirugía o procedimiento para usted en nuestra facilidad. Consideramos un honor y un privilegio el que usted haya confiado su cuidado a las enfermeras y personal de nuestra facilidad, y apreciamos la oportunidad que nos ha brindado para servirle.

Nuevas pautas federales decretan que antes de su cirugía o procedimiento le informemos debidamente sus derechos como paciente, directivas anticipadas y el posible interés del médico en el Harmony Surgery Center.

Yo he leído el panfleto titulado “Patient Rights, Responsibilities and Complaints”, y entiendo la información.

INTERESES FINANCIERO DEL MÉDICO

Harmony Surgery Center es un negocio LLC operando como un Centro Quirúrgico Ambulatorio y Centro de Convalecencia bajo las leyes del Estado de Colorado. Los siguientes médicos y entidades tienen un interés financiero en esta facilidad:

A. Mark Boustred, MD; Michael Brown, DO; Thomas G. Chiavetta, MD; Craig R. Clear, MD; Rand F. Compton, MD; James Dickinson, MD; Thomas Dowgin, MD; Rebecca Dunphy, MD; Mark Durkan, MD; George Girardi, MD; Benjamin Girdler, MD; Denis Gonyon, Jr., MD; Daniel Hatch, DPM; Daniel Hampton, MD; Joseph X. Jenkins, MD; Nicole Kershner, MD; Chad Knutsen, DPM; Andrew Norris, MD; Stefan Pettine, MD; Robert R. Quaid, MD; Matthew Robertson, MD; Michael Roller, MD; Robert Schulte, DPM; Timothy Soper, MD; Christopher Tsoi, MD; Benjamin Wisner, MD; Stephen Wold, MD; & Poudre Valley Health Care, Inc.

Al proveernos su email, número(s) de teléfono o de su celular, usted da autorización expresa para ser contactado en ese email, y esos números, al igual que autoriza tal contacto por nuestros agentes y cesionarios. Esta autorización expresa aplica también a cualquier email, número(s) de teléfono o de celular que usted adquiera en el futuro. Los métodos de contacto pueden incluir emails, mensajes pregrabados/voz artificial y/o uso de aparato automático para marcar. Yo/Nosotros hemos leído esta declaración y acordamos en que podemos ser contactados según arriba descrito.

Fecha: _____ Firma Autorizada: _____

Recepcionist Initials: _____ Parentesco _____