

### Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

He recibido el Aviso de Privacidad de University Centers of Excellence durante esta visita. Entiendo que puedo obtener una copia de cualquier futuro Aviso actualizado en cualquier University Centers of Excellence o a través del sitio web de University Centers of Excellence: [www.UniversityMDs.com](http://www.UniversityMDs.com).

\_\_\_\_\_  
Paciente/Cónyuge/Pariente Cercano/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Para ser completado por un Empleado de University Centers of Excellence en caso de que el Acuse de Recibo no esté firmado:  
(To be completed by University Centers of Excellence Employee if acknowledgement is not signed:)***

Razón por la cual este acuse de recibo no fue firmado (Reason that this acknowledgement was not signed):

\_\_\_\_\_ El Paciente indica haberlo recibido en una visita previa (Patient indicates received on prior visit)

\_\_\_\_\_ El Paciente se negó a firmar (Patient declined to sign)

\_\_\_\_\_ Otros (Other)

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Paciente/Representante en caso de negación  
(Patient/Representative initials if declined)

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Empleado  
(Employee's initials)

### Representante Personal

En el espacio a continuación, si así lo desea, por favor, indique representantes personales\*/individuos a los que se les permita recibir o conocer información concerniente a su atención médica durante un período de 12 meses desde la fecha de su firma de este formulario. En caso de que sus representantes personales designados cambien durante el período de vigencia de este formulario, usted debe ponerse en contacto con CCFMG por escrito y solicitar el cambio.

Nombre(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*Un representante personal, según lo definido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, es cualquier familiar, amigo o individuo designado por el paciente, a quien se le puede revelar información sobre la salud del mismo.*

*Afiliado a University Faculty Associates*

## Expedientes Médicos Electrónicos Compartidos

Compartimos un sistema de expedientes médicos electrónicos con Community Medical Centers.

### Entorno Libre de Humo

Para la salud de nuestros pacientes, empleados y visitantes, no está permitido fumar en las oficinas de University Centers of Excellence.

### Entorno Libre de Armas

No está permitido portar ningún tipo de armas en ninguna de las oficinas de University Centers of Excellence.

## Política de No Presentación/Cancelación de la Cita

Deseamos proporcionarle un servicio excepcional. Sin embargo, esto requiere de su cooperación. En caso de que usted no pueda asistir a una cita programada, por favor, póngase en contacto con nosotros por lo menos con 24 horas de anticipación, de manera que podamos otorgarle esa cita a otro paciente. Si no asiste a una cita o no avisa telefónicamente por lo menos con 24 horas de anticipación, se considerará que no se ha presentado y se le podrá facturar a usted directamente un cargo de \$35.00, ya que esto no está cubierto por ningún plan de seguro.

He leído, comprendo y acepto la Política de No Presentación/Cancelación de la Cita detallada con anterioridad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Garante si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

## Recordatorios Electrónicos de Citas

Ofrecemos un servicio de recordatorio de citas y notificación de cambio de citas por medio de un mensaje de texto enviado a su teléfono celular (es posible que sean aplicables los cargos estándar por mensajes de texto).

\_\_\_\_\_ Yo deseo recibir recordatorios de citas y notificaciones de cambio de citas por medio de un mensaje de texto.

\_\_\_\_\_ Yo no deseo recibir recordatorios de citas y notificaciones de cambio de citas por medio de un mensaje de texto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuerdo y Formulario de Consentimiento para la Autorización de Servicios

### I. Consentimiento para Diagnóstico y Tratamiento

Acepto y comprendo que, al presentarme para recibir tratamiento y asistencia médica en los University Centers of Excellence, también conocidos como Central California Faculty Medical Group (CCFMG) y University Faculty Associates, autorizo y doy mi consentimiento para la administración y realización de todos los exámenes y tratamientos que puedan ser indicados por el médico (y/o su asistente designado) y llevados a cabo por miembros del personal médico y de otro tipo de los University Centers of Excellence. Estoy en conocimiento de que la medicina no es una ciencia exacta y acepto que no me han dado garantías en cuanto al resultado de un tratamiento o examen médico.

### II. Retención de Información

Entiendo que los University Centers of Excellence pueden registrar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento, de manera electrónica y de cualquier otra forma física. Dicha información se requiere en el curso de mi tratamiento, y puede ser divulgada por los University Centers of Excellence para los propósitos autorizados en este formulario. Entiendo que partes de mis registros médicos pueden ser revelados a personal calificado, que no es de los University Centers of Excellence, con el propósito de llevar a cabo investigaciones científicas o estadísticas, auditorías de gestión o financieras, evaluación de licencias y programas u otro propósito similar. No seré identificado por mi nombre u otra información de identificación personal en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, sin mi expreso consentimiento por escrito.

### III. Divulgación de Información

Por el presente, autorizo a los University Centers of Excellence a divulgar a mis compañías de seguros, grupos de seguros de empleador, planes de salud, programa Medicare/Medicaid, sus aseguradoras o intermediarios, cualquier registro médico u otra información relacionada con este tratamiento para obtener un reembolso en mi nombre por el tratamiento y los servicios que me hayan proporcionado los University Centers of Excellence y los médicos asociados al mismo. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier razón por medio de una notificación escrita a los University Centers of Excellence. Esta autorización no se opondrá a ninguna política interna de los University Centers of Excellence en relación con la divulgación de información, las cuales tendrán prioridad. Esta autorización no tiene como objeto permitir la divulgación de registros relacionados con mi tratamiento por servicios que requieran una autorización específica de acuerdo con la Ley Estatal o Federal.

### IV. Programa de Enseñanza

Los University Centers of Excellence están afiliados a la Universidad de California, Escuela de Medicina de San Francisco (UCSF, por sus siglas en inglés). La UCSF es una institución de enseñanza, investigación y cuidado de la salud. Entiendo que los residentes, internos, estudiantes de medicina, estudiantes de carreras auxiliares del cuidado de la salud, posgraduados y otros practicantes pueden observar, examinar, tratar y participar en la atención del paciente, a petición y bajo la supervisión del médico a cargo, como parte de los programas de educación médica de la UCSF.

## Acuerdo y Formulario de Consentimiento para la Autorización de Servicios

### V. Cesión de Beneficios y Garantía de Pago

En contraprestación por los servicios de los University Centers of Excellence y de los servicios médicos que se me proporcionan, por el presente cedo a los University Centers of Excellence a los médicos y a otros profesionales asociados con los University Centers of Excellence, todos mis derechos y reclamos por reembolsos en virtud de Medicare, Medicaid, o de una póliza contra accidentes grupal o de seguro de salud, por los cuales puede haber beneficios disponibles por el pago de los servicios proporcionados. Acuerdo pagar a los University Centers of Excellence y a los médicos y otros profesionales asociados con los University Centers of Excellence el saldo adeudado de todos los cargos no pagados por las coberturas mencionadas con anterioridad (con excepción de los cargos no reembolsables conforme a las normas de Medicare). Esto puede incluir costos de cobranza y/u honorarios razonables de abogados.

Al firmar a continuación como acto libre y voluntario, declaro que he leído todo lo precedente, los puntos I a V, y estoy de acuerdo con cada declaración y convenio de este documento, que puede incluir tratamiento con hospitalización luego de una emergencia o atención ambulatoria.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Otro (registre relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Políticas Financieras y de Facturación

Gracias por elegir a los médicos de Central California Faculty Medical Group, University Faculty Associates y University Centers of Excellence. Estamos comprometidos a brindar excelencia clínica para atender sus necesidades de cuidado de la salud. Participamos de una variedad de planes de seguros y le facturaremos directamente a su seguro según estos planes.

Entendemos que la facturación y el pago por servicios de cuidado de la salud pueden ser confusos y complicados. Es importante que usted conozca la información contenida en su plan de salud específico, incluido cualquier copago y otras disposiciones. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de servicios para socios de su plan de salud; el número telefónico se encuentra en el folleto de su plan de beneficios o en su tarjeta de identificación.

**Infórmenos los Cambios:** Si usted ya es paciente, por favor, avísenos si su información personal o de su seguro ha cambiado desde su última visita. La falta de información actualizada puede causar demoras en la atención y la obligación de pagar el costo de la visita completa.

**Traiga su Información de Salud:** Traiga la información de su seguro de salud a su visita. Esto incluye su identificación, todas las tarjetas de seguros y formularios de autorización/remisión. Le pediremos que firme formularios como el de divulgación de información, cesión de beneficios y posiblemente formularios adicionales dependiendo de su visita

**Copagos, Deducibles y Coseguro:** Los copagos deben pagarse en el momento de su visita al consultorio. Conforme a las condiciones de nuestro contrato con los diversos planes de seguros, no podemos eximir el pago de ningún monto de copago, deducible o coseguro que sea definido como responsabilidad del paciente. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus copagos o deducibles, por favor, comuníquese con su compañía de seguros. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheques, débito, VISA y MasterCard.

**Depósitos:** Para cierto procedimiento que no esté cubierto por el seguro, se puede solicitar que realice un depósito o pague por el servicio completo previo al tratamiento.

**Pago Puntual:** Ofrecemos un descuento por puntualidad en el pago. Por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación para más detalles.

**Autorización Previa:** La mayoría de los planes de salud requieren de autorización para servicios electivos. Si su compañía de seguros decide que su servicio no era médicamente necesario, que es preexistente o que no es un servicio cubierto, se le exigirá que pague antes de recibir el servicio.

**HMO/Planes de Salud Administrados:** Es responsabilidad suya asegurarse de haber obtenido una remisión vigente para su atención con nuestros proveedores. Si no se ha obtenido una remisión para el momento de su cita médica, es posible que usted deba reprogramar su visita para cuando tenga una remisión vigente. Sabemos que esto es una molestia, pero sin la remisión no se reembolsará a nuestro médico por los servicios prestados.

**Seguro de Compensación de Trabajadores:** Por favor, traiga su número de reclamo, fecha de la lesión y la información del seguro del empleador/ compensación de trabajadores. Su reclamo debe estar abierto y ser válido para la afección por la que nosotros lo estamos atendiendo.

**Saldos de Responsabilidad del Paciente:** Todos los saldos que corresponden al paciente deben ser pagados en su totalidad o se debe realizar un acuerdo financiero antes de su próxima visita.

**Estados de Cuenta:** Usted no recibirá un estado de cuenta hasta que su compañía de seguros principal haya cumplido con su responsabilidad financiera o hasta que se determine que un servicio es responsabilidad del paciente.

**Por favor, consulte en el reverso.**

## Políticas Financieras y de Facturación

**Quiénes Pueden Hablar de una Factura:** La confidencialidad es importante. Nuestros Representantes de Cuentas del Paciente solo pueden hablar con el paciente o con la persona designada por escrito por él para recibir la(s) factura(s) en nombre del paciente.

Gracias por comprender nuestras políticas de facturación. Nuestro personal de facturación está a cargo de todas las consultas sobre facturación. En caso de tener alguna pregunta sobre su facturación o el estado de su cuenta, por favor, no dude en comunicarse con nuestra oficina al siguiente teléfono: 559-453-5231, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

He leído, comprendo y acepto las Políticas de Facturación anteriormente detalladas. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como también los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad.

Autorizo a que se paguen mis beneficios de seguro directamente a los University Centers of Excellence. Autorizo a los University Centers of Excellence a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando así se requiera, cuando sea necesario para obtener autorización para un procedimiento o para facilitar el pago de un reclamo. He proporcionado información completa y precisa y acepto informar a los University Centers of Excellence sobre cualquier cambio relacionado con la información de mi facturación personal o la información de mi facturación del seguro.

---

Firma del Paciente (Garante si el paciente es menor de edad)

---

Fecha