

TRASPASO DE BENEFICIOS DE SEGURO

Autorizo el pago directo de Medicare, Medicaid o cualquier otro pago de seguro médico a *The Hand Institute, PL.*, por servicios médicos recibidos por mí, o mi hijo(a) mientras que no esté pagadero a mí. Esos beneficios no están limitados a Pólizas Individuales, Pólizas de Grupo, Compensación al Trabajador (Workmans Comp.), Responsabilidad a Terceros (Liability), Protección Contra Lesiones Personales (PIP), o cualquier otra póliza que cubra cuidados de salud.

Donde se apliquen los beneficios de MADICARE/MEDICAID; certifico que la información dada por mí al aplicar por pago bajo el Título XVII o XIV del Acto del Seguro Social es correcta, y solicito que estos pagos de beneficios autorizados se hagan directamente a *The Hand Institute, PL.*, en mi nombre.

RECAUDACIÓN DE PAGOS POR TERCEROS

AUTORIZO a *The Hand Institute, PL.*, a que actué como mi abogado de hecho y recaude pagos por medio que sea necesario de terceras partes responsables de pago. También autorizo el endorso de los cheques de beneficios pagaderos a mi persona y/o a *The Hand Intitute, PL.*, o a cualquiera de sus proveedores.

PERMISO PARA USAR INFORMACIÓN

Autorizo a *The Hand Institute, PL.*, a que comparta copias de la información en su posesión, adquirida en el transcurso de tratamiento y/o examen mío o de mi hijo(a) con mi compañía de seguro en conexión con mi tratamiento y con propósito de pagos hechos por mi seguro, Medicare y Medicaid: Estas instalaciones y sus afiliados, agencias de revisión o auditores; Médicos (de turno o asesor) y otros profesionales de salud aliados. Autorizo que ordenen mis prescripciones electrónicamente con el conocimiento de que *The Hand Institute, PL.*, tendrá acceso a todo mi historial fármaco.

RESOLVIENDO QUEJAS

Los pacientes tienen derecho hacer reclamos libremente, y a recomendar cambios en "el cuidado o servicios" sin tener miedo a represalia o a interrupción poco razonable de servicio. Todas las quejas serán investigadas, manejadas, y se tomara acción de manera profesional por la Gerente de la Consulta. Se le dará una respuesta en persona, por escrito o por teléfono.

USO DE INFORMACIÓN

Autorizo a *The Hand Institute, PL.*, sus afiliados y agentes autorizados a que usen la información adquirida en el transcurso de exámenes o tratamiento mío o de mi hijo(a) para que me provean información acerca de *The Hand Institute, PL.*, y sus afiliados y otros asuntos que sean de interés para mí en relación con mi cuidado de salud o el de mi hijo(a).

GARANTÍA DE PAGO

Por medio de este, entiendo que soy responsable financieramente de cualquier pago que no sean cubierto o permitido por mi compañía de seguro, de todos los deducibles, co-pagos, y de cualquier balance restante después de que mi seguro haya pagado. Esto incluye cualquier rechazo de pago por falta de necesidad médica, pre-certificación/autorización, falta de afiliación con un HMO o cualquier otra restricción impuesta como condición de la cobertura de mi seguro. Entiendo y estoy de acuerdo en que si esta cuenta es sometida a una agencia de recaudación de fondos, yo seré responsable de pagar el balance debido a los médicos más el costo y los honorarios de la agencia, y/o si se aplican, honorarios razonables a un abogado.

Reconozco que he leído y revisado las PÓLIZAS FINANCIERAS de The Hand Institute, PL.

PÓLIZA DE PUERTA ABIERTA

Dada a su práctica, *The Hand Institute, PL.*, tiene la póliza de puerta abierta. Las áreas de atención al paciente estarán siempre abiertas y las salas de examen podrían estar abiertas. Si tiene alguna pregunta u objeción a esta póliza, por favor infórmeselo al médico o al proveedor de salud designado.

POLIZA DE CANCELACION DE CITAS

Si no cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de anticipación, se le agregara un cargo por falta de presentación a la cita de \$ 20 a su cuenta. Este cargo no es reembolsable por su compañía de seguros.

RECORDATORIOS DE CITAS MÉDICAS

Acepto que esta consulta/instalaciones me pueden llamar para recordarme o cancelar citas médicas. Autorizo el uso o la divulgación de información médica cuando se pongan en contacto con migo como recordatorio. El contacto puede ser por teléfono, por escrito, correo electrónico o por otro medio, y puede incluir dejar un mensaje en una maquina contestadora o en algún otro aparato disponible. Si tiene alguna pregunta u objeción a esta póliza por favor informárnoslo.

AUTORIZACION PARA USO Y DECLARACION DE INFORMACION PERSONAL Y MÉDICA CON PROPOSITOS DE INVESTIGACION Y ACADEMICA

Por medio del presente autorizo la divulgación de mi información personal y archivos médicos con el propósito de estudios de investigación y presentaciones académicas. Esta autorización para el uso y divulgación de información personal y médica incluye:

- Información demográfica, como edad (fecha de nacimiento), genero, y dominio de mano
- Imágenes tales como fotos, videos, y rayos-x
- Información sugestiva para el diagnóstico como grado de dolor y preguntas a cuestionarios
- Medidas objetivas tales como fuerza y amplitud de movimiento

Entiendo que esta información puede ser usada en el futuro para investigación y propósitos académicos. Si mis archivos son usados para una presentación en reuniones o en publicaciones, la información que me identifica no será usada. Entiendo que puedo ser contactada periódicamente para ser informada de nuevas investigaciones a las cuales podría calificar para participar o para dar seguimiento a mi cuidado. OBJETOS PERSONALES VALIOSOS

Acepto que esta consulta/instalación no toma la responsabilidad por ninguna propiedad personal. Acepto el riesgo de pérdida o daños a mi propiedad personal.

RELACION ENTRE LA INSTALACIÓN Y EL MÉDICO

Entiendo y acepto que *The Hand Institute, PL.*, y el Centro de Cirugía Ambulatorio, pertenecen a sus médicos y cirujanos.

Su cirujano puede ser el creador del implante que utilizaron en su cirugía. Él o su familia; directa o indirectamente, recibirá beneficios monetarios cuando se use un dispositivo creado por él. Por favor discuta antes de la cirugía alguna pregunta o preocupación que pueda tener.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO, U OPERATIVOS AL CUIDADO DE LA SALUD

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, *The Hand Institute, PL.*, origina papel y/o registros electrónicos con mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, y otros planes para el cuidado de salud en el futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre todos los profesionales de salud que contribuyen en mi cuidado,
- Un medio de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta,
- Un medio por el cual un pagador de tercera parte puede verificar si los servicios cobrados fueron provistos verdaderamente,
- y como una herramienta en el uso de operativos del cuidado de salud tales como; evaluación de calidad, y revisión de la capacidad de los profesionales al cuidado de salud.

Entiendo y he sido provisto(a) con un *Aviso de la Práctica de Privacidad* que provee una descripción más completa del uso de información y su divulgación. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho a objetar al uso de mi información como un directorio general, y
- El derecho a pedir restricciones en cómo se puede usar o divulgar mi información para llevar a cabo tratamiento, pago u operativos del cuidado de salud.

Entiendo que *The Hand Institute, PL.*, no está requerida a estar de acuerdo con las restricciones pedidas.

FORMULARIO DE CONCENTIMIENTO Y ACEPTACIÓN

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. También entiendo que al rehusarme a firmar este consentimiento o al revocarlo;

The Hand Institute, PL., puede rehusarse a proveerme tratamiento como es permitido por la Sección 164.506 del Código Federal de Regulaciones.

Más aun, entiendo que *The Hand Intitute, PL.*, se reserva el derecho a cambiar sus avisos y practicas antes de implementación de acuerdo con la Sección 164.520 del Código Federal de Regulaciones. En caso de que *The Hand Institute, PL.*, cambiara sus avisos o sus operativos del cuidado de la salud, tengo derecho a recibir una copia de la revisión de dichos avisos. Entiendo que como parte del tratamiento, pagos u operativos del cuidado a la salud de esta organización, sea necesario divulgar mi información protegida con otra entidad; doy consentimiento de tal divulgación para los usos permitidos, incluyendo divulgación vía Fax. **Acepto** que he leído y revisado el **AVISO DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD** y estoy de acuerdo con este. **Acepto** que he leído y entiendo cada una de las provisiones escritas en este formulario, y que al firmarlo doy consentimiento a estas provisiones individual y colectivamente.

Letra Molde-Nombre del Paciente o (custodio)

Parentesco con el Paciente

Firma del Paciente o Custodio

Para Uso Administrativo Solamente

() Consentimiento recibido por _____ en _____

() Consentimiento rehusado por el paciente y tratamiento rehusado según es permitido