

POLÍTICAS DE TRATAMIENTO Y PAGO DEL ESTADO DE NEW JERSEY



Nombre del Centro

Número del Paciente

Gracias por seleccionar Patient First como Proveedor para sus servicios de cuidado de salud. Este formulario describe las políticas de Tratamiento y Pago; también cubre tópicos tan importantes como:

- **Su autorización para recibir tratamiento médico por parte de Patient First (así como sus otros derechos y responsabilidades); y**
- **Su acuerdo de pagar, en su totalidad, cualquier cargo que sea su responsabilidad.**

Favor revisar y firmar esta declaración antes de recibir tratamiento. Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta notificación cuando la solicite. Si tiene alguna pregunta no dude en hacerla.

Política de Tratamiento

Al firmar este documento, usted admite ser el paciente, o que cuenta la autorización legal por parte del paciente para dar autorización en su nombre para recibir tratamiento médico. Su autorización indica que Ud. entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

- Usted tiene el derecho de hablar con su proveedor de salud sobre los riesgos y beneficios de todos los procedimientos y tratamientos posibles, así como de las alternativas disponibles.
- Usted tiene el derecho de autorizar, o rechazar, o suspender, cualquier procedimiento o tratamiento en cualquier momento.
- Patient First le proporcionará la atención que necesita de acuerdo a los estándares vigentes del ejercicio médico. Sin embargo, no asegura ni garantiza los resultados del tratamiento.
- De acuerdo con lo anterior, el personal de medicina de Patient First suministrará cualquier tratamiento y realizará cualquier procedimiento que se considere recomendable para su cuidado.
- Durante su visita, se le podrá pedir una muestra de sangre para análisis y/o que se someta a una inyección. La extracción de sangre (“Venopunción”) así como las inyecciones pueden causar dolor, morados, adormecimiento, hormigueo, y/o inflamación. Muy raras veces ocurren complicaciones más graves, tales como, daños a los nervios o infección. Usted tiene el derecho de rechazar la venopunción y/o inyección, pero de recibir estos servicios, debe aceptar los riesgos mencionados.
- Si el personal Médico de Patient First quedara expuesto a su sangre o sus fluidos corporales de manera que exista posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas, usted autoriza a someterse a pruebas de sangre y/o fluidos corporales para detectar estas infecciones y a la entrega de los resultados a las personas expuestas. Usted tendrá la oportunidad de recibir los resultados de los exámenes en persona y recibir terapia.
- Antes de que se le recete una sustancia controlada, Patient First podrá revisar la información del Programa de Monitoreo de Medicamentos por Prescripción del estado de New Jersey en referencia a su consumo previo de Medicinas controladas. Usted también tiene el derecho de solicitar medicamentos genéricos.

Notificación de las Prácticas de Privacidad de Patient First (“Notificación de Privacidad”)

Protegeremos la privacidad de su información de salud, la misma no será usada o divulgada a menos que las leyes estatales y federales lo permitan, lo cual está ampliamente descrito en la Notificación de Privacidad que se les ha entregado. Al firmar este documento, usted autoriza el uso y divulgación de su información de salud de acuerdo a la Notificación de Privacidad y leyes vigentes.

Seguidamente, favor poder sus iniciales:

Yo _____ (paciente o representante legal) declaro haber recibido copia de Ley de Privacidad.

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Se le entregó una copia de la Notificación de Privacidad al Paciente/Garante, quien rechazo colocar sus iniciales.

Información relacionada con VIH/SIDA

Las leyes del estado de New Jersey restringen la entrega de cierta información sin su consentimiento previo. Favor colocar sus iniciales abajo para autorizar a Patient First a suministrar información relacionado con VIH/SIDA para tratamiento, pago, operaciones de cuidados de salud, y otros propósitos consistentes con la Notificación de Privacidad. Usted puede revocar esta autorización por medio de una notificación escrita de acuerdo a los requerimientos de la Notificación de Privacidad. La revocatoria se hará efectiva al momento de recibir la misma excepto a las acciones que Patient First ya haya tomado en función de su autorización.

Favor coloque sus iniciales y la fecha en señal de haber entendido el párrafo anterior: _____ Fecha: _____

Notificación sobre el lugar para el proceso de disputas (en lo sucesivo, “Notificación de Lugar”)

Consideramos que es importante estar de acuerdo en cuanto al lugar adecuado para la resolución de cualquier disputa que pudiese presentarse, antes de nosotros aceptar prestarle algún servicio. Al firmar esta notificación, usted acepta que todas y cada una de las reclamaciones o demandas judiciales relacionadas con, o que surjan como consecuencia de los servicios o tratamientos proporcionados por Patient First, deberán ser presentados, ya sea en el condado y estado donde se encuentra el centro o los centros médicos de Patient First en los cuales usted recibió dichos servicios, o ante el tribunal federal correspondiente que tenga jurisdicción sobre ese condado.

La presente Notificación de Lugar en nada le impide o le restringe su derecho a presentar quejas ante Patient First o ante cualquier autoridad gubernamental. ***Si usted no está de acuerdo con la presente Notificación de Lugar para los servicios que le fueron prestados en la fecha de hoy, deberá participárnoslo mediante una nota escrita, dirigida a Patient First, 5000 Cox Road, Glen Allen, VA 23060, Attn: General Counsel dentro de los siete (7) días de la fecha del servicio de hoy.***

Beneficiarios de Medicare que Reciben Equipos Médicos Duraderos (EMD)

Patient First ofrece EMD limitado (tales como cabestrillo, aparatos ortopédicos, muletas). Patient First solamente vende los EMD que provee, sin embargo usted tiene libertad de obtenerlos en alquiler de otros proveedores en la comunidad. Patient First honra las garantías bajo las leyes vigentes y procederá a reparar o reemplazar, sin costo, cualquier EMD que este bajo garantía.

Política de Pago

Patient First es una organización privada que depende exclusivamente del ingreso de pacientes y asegurados. A fin de poder proporcionar la mejor atención médica al costo más bajo posible, necesitamos de su ayuda y su aceptación de las políticas de pago. Como paciente o persona con autoridad legal para firmar a nombre del paciente, entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

Pacientes: Es su responsabilidad averiguar que los servicios suministrados por Patient First son cubiertos por el seguro. Es usted responsable, y acepta pagar, el costo por los servicios que no cubra su plan de salud, o que están cubiertos pero aplicados al deducible. Si no sabe si los servicios que va a recibir durante su visita están cubiertos por su plan de salud, favor utilizar el (los) teléfono(s) a su disposición en área de recepción del centro de Patient First para llamar al número de servicio de ayuda a pacientes que podrá encontrar en su tarjeta del seguro.

- Si su plan requiere de aprobación o de un referido por parte de su Doctor de Cabecera antes de la visita, y Ud no obtiene esa aprobación o referido, usted será responsable y por lo tanto acepta pagar el costo por los servicios no cubiertos por su seguro de salud y de los cuales usted será responsable bajo las leyes vigentes.
- Usted se responsabiliza a pagar cualquier co-pago, co-seguro, y deducibles al momento de recibir lo servicios, así como los cargos no cubiertos por su seguro, saldos pendientes y cuentas morosas. Aceptamos pagos en efectivo, cheque y tarjetas de crédito.
- Usted le cede a Patient First cualquier y todos los beneficios a los que tiene derecho bajo cualquier póliza de seguro o plan de beneficio y autoriza, hasta donde la ley lo autoriza, que los pagos se realicen directamente a Patient First. El personal médico de Patient First participan con Medicare y aceptan designaciones de reclamos de Medicare.
- Si usted cuenta con beneficios de salud, Patient First presentará el reclamo a la compañía aseguradora a nombre suyo y concederá no menos de 60 días para que la compañía aseguradora responda. Si Patient First no recibe respuesta en 60 días, asumiremos que la visita no está cubierta y por lo tanto usted será responsable del pago. En ese momento, sujeto al lapso permitido por ley, le facturaremos los cargos por la visita. Agradecemos dirigirse directamente a la compañía aseguradora sobre pagos no efectuados por parte del seguro y no a Patient First.
- Usted recibirá facturas por aquellos saldos pendientes que tanto Patient First, como las compañías aseguradoras, consideren son de su responsabilidad. Usted acepta pagar la factura en su totalidad, a menos que Patient First, a su discreción, apruebe arreglos de pago especiales. Debe comunicarse con el Departamento de Cuentas de Pacientes al número que aparece en la factura para hacer arreglos de pago. Se impondrá un recargo de 1.5% por mes a aquellos saldos pendientes no pagados a partir de los 30 días después de la primera factura. Se aplicará un recargo de \$30 por cheques devueltos. Las cuentas imparables serán enviadas a agencias de cobranzas; en ese momento usted acepta la responsabilidad de pagar \$40 como recargo por servicios de cobranza, así como cualquier otro recargo legal, además de la cantidad adeudada.
- Si no cuenta con beneficios de un plan de salud, o si Patient First no participa con su plan de seguro, tendrá que cancelar todos los cargos, así como cualquier saldo pendiente y cuentas morosas.
- Patient First cobra una tarifa razonable para ayudar a completar los formularios en caso de que usted lo solicite, y puede facturar el suministro de copias de sus registros de acuerdo a lo que permita la ley.
- **Patient First se reserva el derecho de negar cualquier servicio considerado como de no emergencia, si su cuenta está en mora.**

Pacientes de Medicare / Medicare Advantage / Medicaid Managed Care / TRICARE: La cobertura de ciertos servicios ofrecidos por Patient First pudieran ser negados por su plan de salud por no considerarse beneficios cubiertos, o por considerar que no son razonablemente necesarios. Por ejemplo, **TRICARE** no cubre exámenes físicos de rutina, exámenes físicos para fines deportivos, exámenes físicos para fines laborales, exámenes físicos para campamentos o remoción de verrugas, y solamente cubre exámenes físicos para fines escolares para pacientes de 5 a 11 años de edad.

He leído, comprendido, y estoy de acuerdo con las políticas de Tratamiento y de Pago anteriormente descritas y entiendo que Patient First puede rechazar tratamientos de no emergencia si mi cuenta esta en mora. Autorizo a Patient First a suministrar mi información médica, necesaria para presentar un reclamo de seguro a mi nombre. Si usted está firmando a nombre de un menor de edad, de un discapacitado o de un paciente legalmente dependiente, favor firmar como “Garante” y ponga su relación con el paciente.

Nombre del Paciente	Nombre del Garante* (Dejar en blanco si el paciente firma)	Firma del Paciente o Garante	Fecha
---------------------	---	------------------------------	-------

Relación del Garante con el paciente _____

*El Garante del paciente es la persona legalmente autorizada para representar a un menor, a una persona discapacitada, o a un paciente declarado legalmente dependiente, incluyendo para dar autorización para servicios médicos. Al firmar como “Garante”, usted asevera a Patient First que tiene dicha autoridad y acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados.