

POLITICAS SOBRE TRATAMIENTOS Y PAGOS PARA EL ESTADO DE NEW JERSEY

Patient First®

Center Name

Patient Number

Muchas gracias por haber seleccionado a Patient First como su proveedor de servicios para el cuidado de su salud.

Estamos convencidos que la relación médico-paciente se beneficia cuando el paciente comprende claramente sus derechos y obligaciones. El presente documento describe las Políticas de Patient First sobre Tratamientos y Pagos y cubre importantes tópicos como:

- **Su autorización para recibir tratamiento médico por parte de Patient First (así como otros derechos y responsabilidades);**
y
- **Su acuerdo de cancelar la totalidad de los cargos de los cuales usted sea responsable.**

Le agradecemos revisar y firmar esta notificación antes de recibir cualquier tratamiento. Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de esta notificación si usted así lo solicita. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras Políticas sobre Tratamientos y Pagos, no dude en hacérsola.

Políticas sobre Tratamientos

Con la firma de este documento, usted certifica que es usted el paciente o que usted tiene la autoridad legal de dar su consentimiento en representación del paciente para que éste sea tratado médicamente. Usted da su consentimiento, comprende y está de acuerdo con lo siguiente:

- Usted tendrá la oportunidad de discutir con el médico o profesional de la salud de su agrado, los riesgos y los beneficios de los procedimientos y tratamientos terapéuticos propuestos, así como sobre cualquier otra alternativa que esté disponible.
- Usted tiene el derecho, en cualquier momento, a aceptar o rechazar cualquier procedimiento o tratamiento terapéutico propuesto.
- Usted tiene el derecho a negarse a recibir tratamientos adicionales, en cualquier momento.
- Patient First le administrará el mejor tratamiento posible en concordancia con los estándares sobre prácticas médicas vigentes, pero no podrá ni asegurarle ni garantizarle los resultados de dicho tratamiento.
- En base a lo anterior, los profesionales de la salud en Patient First podrán aplicarle cualquier tratamiento o efectuarle cualquier procedimiento que estimen conveniente para su cuidado y tratamiento.
- Si algún profesional de la salud en Patient First entra en contacto con sangre o con fluidos corporales que le pertenecen a usted, y como consecuencia de dicho contacto, dicho profesional pudiese haber quedado contagiado con una enfermedad infecciosa, usted da su consentimiento a que se le practiquen a su sangre o a sus fluidos las pruebas pertinentes para detectar la presencia o no ese tipo de infecciones y a que se le revele los resultados de dichas pruebas al profesional de la salud que resultó contagiado. A usted se le dará la oportunidad a que se le revelen los resultados de las pruebas, cara a cara, y de recibir asesoramiento.
- Antes de prescribirle o dispensarle a usted alguna sustancia de uso controlado, el personal calificado de Patient First podrá solicitar y revisar información contenida en el Programa de New Jersey para el Monitoreo de Prescripciones (New Jersey Prescription Monitoring Program), relacionada con el que usted haya podido recibir con anterioridad sustancias de uso controlado o prescripciones para el uso de sustancias de uso controlado. Usted tiene el derecho a solicitar medicamentos genéricos.

Beneficiarios del Medicare que Reciban Equipos Médicos Durables (DME)

Patient First le provee a sus pacientes DME con ciertas limitaciones (cabestrillos, soportes ortopédicos, muletas). Con la firma de este documento, usted certifica que ha sido informado de lo siguiente:

- Mientras que Medicare le permite a usted la compra o el alquiler de DME, Patient First sólo vende los DME que provee. Usted tiene la libertad de alquilar su DME a través de otros proveedores en la comunidad; y
- Patient First honra las garantías de todos sus DME bajo las leyes vigentes, y reparará o reemplazará, gratuitamente, cualquier DME que esté cubierto por su respectiva garantía.

Notificación de Patient First sobre sus Prácticas de Confidencialidad

Protegeremos la confidencialidad de la información sobre su salud y no la utilizaremos o la daremos a conocer excepto en aquellos casos permitidos por las leyes estatales y federales, tal y como está descrito en la Notificación sobre las Prácticas de Confidencialidad empleadas por Patient First, la cual, se ha puesto a su disposición. Con la firma de este documento, usted nos autoriza a darle uso y divulgación a información sobre su salud, en concordancia con la Notificación sobre las Prácticas de Confidencialidad y con las leyes aplicables vigentes.

Le agradecemos colocar sus iniciales aquí:

____ Yo, (Paciente/Garante) certifico que he recibido una copia de la Notificación sobre las Prácticas de Confidencialidad empleadas por Patient First.

FOR OFFICE USE ONLY:

____ A copy of the Patient First New Jersey Notice of Privacy Practices was made available to the Patient/Guarantor, who refused to initial the acknowledgement.

Información relacionada con VIH/SIDA

Las leyes de New Jersey restringen la divulgación de ciertas informaciones sin el consentimiento previo del paciente. Inicializando y firmando más abajo autorizo a Patient First a divulgar información sobre mi persona relacionada con VIH/SIDA, para ser usada en asuntos relacionados con tratamientos, pagos, operaciones de cuidado de la salud, y con otros asuntos amparados por la Notificación de Prácticas sobre Privacidad. Usted tiene el derecho a revocar esta autorización enviando una notificación escrita, tal y como lo es requerido por la Notificación de Prácticas sobre Privacidad. Dicha revocatoria se hará efectiva al momento de ser recibida con la excepción de aquellos casos en los que Patient First ya haya tomado acciones basándose en su consentimiento previamente otorgado.

Por favor coloque sus iniciales y la fecha como muestra de que comprende lo arriba mencionado: _____ Fecha: _____

Políticas sobre Pago

Patient First es una organización privada que depende de sus ingresos obtenidos por cobranzas a sus pacientes y a las compañías aseguradoras de éstos. Con la finalidad de poder proveer el mejor cuidado médico posible al más bajo costo posible, requerimos de su colaboración y de su acuerdo con nuestras políticas de pago. Como paciente, o como la persona con autoridad legal para firmar en nombre del paciente, usted certifica que comprende y está de acuerdo con lo siguiente:

Medicare/Medicare Advantage/Medicaid Managed Care/Pacientes TRICARE: La cobertura de ciertos servicios ofrecidos por Patient First pudiese ser negada por su plan de seguro de salud debido a que dichos servicios o, no están cubiertos, o su plan determina que éstos no son razonables o necesarios. Por ejemplo, TRICARE no cubre exámenes físicos de rutina, exámenes físicos para obtener empleo, exámenes físicos para campamentos o remoción de verrugas, y sólo cubre los exámenes físicos escolares para pacientes entre 5 y 11 años de edad. **Usted está de acuerdo en que es su responsabilidad determinar si los servicios a ser proveídos por Patient First están cubiertos por su plan de seguro de salud, y en que usted pagará por aquellos servicios que no estén cubiertos por éste.**

Para Todos los Pacientes: Usted es responsable, y está de acuerdo en pagar, por el costo de cualquier servicio que su plan de seguro de salud determine que no está cubierto, o por servicios que sí están cubiertos pero a los cuales hay que aplicarles un deducible. Si usted no sabe si los servicios que le serán proveídos durante su visita están o no cubiertos por su plan de seguro de salud, le agradecemos hacer uso del teléfono de cortesía ubicado en la recepción de su centro Patient First, para llamar número de atención al paciente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de seguro. Usted podrá hacer uso del teléfono de cortesía en cualquier momento, una vez se lo hayamos solicitado. **Es su responsabilidad determinar si los servicios a ser proveídos por Patient First están o no cubiertos por su aseguradora. También le pedimos que nos informe sobre cualquier cobertura secundaria que usted pudiese tener.**

- En caso de que su plan requiera una aprobación o que usted sea referido por su médico tratante o por su aseguradora previo a su visita, y usted no obtuvo dicha aprobación o remisión, usted será responsable y está de acuerdo el pagar el costo de aquellos servicios que su aseguradora determine que no están cubiertos por su póliza y por los cuales usted es responsable ante las leyes aplicables vigentes.
- Si usted cuenta con beneficios de cuidado de salud, Patient First le solicitará a su aseguradora, en nombre suyo, el reembolso por los servicios proveídos y le otorgará a ésta un lapso no menor de 60 días para responder. Usted está de acuerdo en pagar al momento de recibir el servicio, cualquier copago, coseguro o deducibles, así como aquellos cargos por servicios no cubiertos por su póliza de seguro, saldos corrientes en su cuenta aún no cancelados y saldos en mora. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.
- Usted le transfiere a Patient First cualesquiera de los beneficios asociados con el cuidado de su salud a los cuales usted tiene

derecho bajo cualquier póliza de seguro (de hospitalización, de gastos médicos mayores, de accidentes laborales, o de cualquier otro seguro o plan de beneficios) y autoriza, dentro de lo permitido por la ley, el pago de esos beneficios directamente a Patient First.

- Patient First deja transcurrir un tiempo superior al legalmente acostumbrado para ser reembolsado, una vez presentado el reclamo su compañía de seguros. Si Patient First no ha recibido respuesta dentro de los 60 días siguientes a la presentación de un reclamo por su visita, asumiremos que el costo de ésta no está cubierto por su plan y, por lo tanto, será su responsabilidad hacer el pago respectivo. Si la ley lo permite, podremos facturarle en cualquier momento los gastos por su visita. Le agradecemos no dirigirse a Patient First sino a su aseguradora, para todo lo concerniente a pagos no efectuados por esta última.
- Le facturaremos todos aquellos gastos no cancelados, y que tanto Patient First como su aseguradora estimemos que son de su responsabilidad. Usted está en la obligación de pagar la factura en su totalidad, a menos que Patient First, a su propio criterio y discrecionalidad, le haya aprobado un plan de pagos. Usted deberá llamar al departamento de Cuentas del Cliente al número que aparece en la parte posterior de su factura, de manera de poder hacer con ellos los arreglos respectivos de pago. Le serán cargados gastos por mora equivalentes al 1.5% de cualquier saldo aún no cancelado, luego de transcurridos 30 días de haberse emitido el primer estado de cuenta. Existe un cargo de \$30 por cada cheque suyo que rebote. Cuentas incobrables serán remitidas a agencias de cobranza, y usted se compromete y acuerda correr con todos los gastos relacionados con dicha cobranza, así como con los gastos por honorarios legales, además de pagar el monto adeudado.
- Si usted no cuenta con beneficios de cuidado de salud o sus beneficios son cubiertos por una aseguradora con la cual Patient First no tiene relación, usted se compromete a pagar todos los cargos incurridos al momento se recibir el servicio, así como saldos corrientes en su cuenta que aún no cancelados y saldos en mora.
- Patient First se reserva el derecho a negarle servicios considerados como no de emergencia, si su cuenta está en mora.
- Patient First cobra honorarios razonables por completar aquellos formularios que usted nos solicite llenar, y pudiese también cobrar por hacerle copias a su historia médica, según lo permita la ley.

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con las Políticas sobre Tratamientos y sobre Pagos descritas precedentemente y comprendo que Patient First pudiese negarse a darme tratamientos que no sean de emergencia si mi cuenta o la cuenta del paciente está en mora. Autorizo además a Patient First a divulgar cualquier información médica necesaria para poder cobrarle a mi compañía aseguradora, y en mi nombre, por los servicios recibidos. Si usted firma en nombre de un menor de edad, de una persona discapacitada, o de un paciente legalmente dependiente de usted, le agradecemos firmar acá abajo como “Garante”, indicando su relación con el paciente.

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

Relación del Garante con el Paciente: _____

*El Garante de un paciente es aquel con autoridad legal para actuar en nombre de un menor, un discapacitado, o de un paciente legalmente dependiente, incluyendo aquí autoridad para dar su consentimiento a la administración de servicios médicos. Si usted firma el presente documento como “Garante” en nombre del paciente, usted le está indicando a Patient First que usted cuenta con dicha autoridad y que usted acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados.