



## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO | ACUERDO FINANCIERO

### 1. Consentimiento para el Tratamiento:

\_\_\_\_\_ Consiento voluntariamente recibir atención y tratamiento médico por parte de Methodist Medical Group. Este consentimiento incluye mi autorización para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluyendo tratamiento por un proveedor de nivel intermedio (Enfermero Practicante o Asistente Médico), médicos en formación médica de posgrado y otros proveedores de atención médica o sus designados bajo la dirección de un médico, afiliados a Methodist Medical Group para realizar dichos tratamientos médicos y/o procedimientos diagnósticos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro mediante comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluyendo servicios consultivos, diagnósticos y de tratamiento) puede emplearse para facilitar mi atención médica. Toda transmisión electrónica de datos estará restringida a destinatarios autorizados en cumplimiento con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y las leyes estatales de privacidad aplicables.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la inteligencia artificial (IA) puede utilizarse con fines de diagnóstico, identificación y tratamiento por el médico/proveedor, y reconozco que este consentimiento sirve como la divulgación del médico/proveedor sobre el uso de IA para estos fines.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el médico/proveedor puede estar utilizando una herramienta que graba nuestra conversación para ayudarlo a redactar sus notas clínicas, de modo que pueda prestar más atención a nuestra conversación y pasar menos tiempo en la computadora. Todas las grabaciones relacionadas con mi información médica protegida estarán restringidas a destinatarios autorizados en cumplimiento con HIPAA y las leyes estatales de privacidad aplicables.

### 2. Riesgos del Tratamiento:

\_\_\_\_\_ Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía o promesa respecto a resultados o curación. Así como pueden existir riesgos y peligros al continuar mi condición actual sin tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos planificados para mí. Reconozco que entre los riesgos comunes se incluyen infección, coágulos sanguíneos en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte.

\_\_\_\_\_ Acepto y reconozco que Methodist Medical Group no es responsable por las acciones u omisiones, o por las instrucciones dadas por los médicos/proveedores que me tratan mientras soy paciente. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes en las instalaciones de Methodist Medical Group.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de discutir el plan de tratamiento con mi proveedor sobre el propósito, riesgos potenciales y beneficios de cualquier prueba ordenada para mí. Si tengo alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica, entiendo que se me anima a hacer preguntas.

### 3. Acuerdo Financiero:

En consideración de que Methodist Medical Group proporcione servicios y suministros al paciente arriba mencionado:

\_\_\_\_\_ Acepto pagar a Methodist Medical Group, sus agentes y cesionarios, todas las sumas de dinero que se adeuden en la cuenta del paciente que recibe los servicios objeto de este consentimiento de acuerdo con las tarifas regulares de Methodist Medical Group, incluidos los costos relacionados con las pruebas de COVID-19.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o cualquier otro saldo no cubierto por mi seguro al momento del servicio.

#### **4. Consentimiento para Llamadas Inalámbricas, Mensajes de Texto, Correo y Correo Electrónico:**

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para recibir llamadas y/o mensajes de texto (incluyendo llamadas automáticas y mensajes pregrabados) a ese número inalámbrico por parte de la clínica, agentes y contratistas independientes, incluidos proveedores de servicios y agencias de cobro, con respecto a los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Consiento recibir información sobre eventos de Methodist Medical Group como próximas ferias de salud, actualizaciones de salud y bienestar, nuevas ubicaciones y servicios por correo electrónico y correo postal. Además, entiendo que el portal del paciente de Methodist Medical Group utilizará mi dirección de correo electrónico para acceder al portal del paciente, MyChart.

#### **5. Consentimiento para Facturación de MyChart:**

\_\_\_\_\_ Al enviar ciertas solicitudes a través de MyChart, usted está solicitando asesoramiento médico y/o atención de su proveedor de salud. Estos mensajes pueden ser revisados por un médico, profesional de práctica avanzada u otro personal clínico calificado. Su mensaje puede resultar en un cargo para usted o su seguro si requiere toma de decisiones médicas, evaluación o manejo más allá de solicitudes administrativas rutinarias (como programación de citas, reposiciones de medicamentos sin evaluación o preguntas generales). Los cargos pueden enviarse a su seguro y están sujetos a los beneficios de su plan, incluidos copagos, coseguro y deducibles. Si su seguro no cubre este servicio, usted puede ser responsable del costo total. Los tiempos de respuesta pueden variar y MyChart no debe utilizarse para problemas médicos urgentes o de emergencia.

#### **6. Autorización para Divulgar Información:**

\_\_\_\_\_ Autorizo a Methodist Medical Group a proporcionar la información solicitada de los registros médicos y otros registros del paciente a: cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener pago, cualquier otra persona o entidad financieramente responsable del cuidado del paciente, y representantes de agencias locales, estatales y federales conforme a la ley. Dicha información puede incluir, entre otros, información sobre enfermedades transmisibles como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Autorizo la divulgación de información o la revisión del expediente del paciente para auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de garantía de calidad. Autorizo a Methodist Medical Group a divulgar información o copias del expediente médico del paciente a cualquier médico remitente.

#### **7. Cesión de Beneficios del Seguro:**

\_\_\_\_\_ Por la presente transfiero y asigno a Methodist Medical Group y a todas las personas o grupos que presten servicios para mi atención y tratamiento, todos los derechos, títulos e intereses en cualquier pago debido a mí por los servicios descritos en cualquier póliza de seguro de salud o plan de beneficios. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información del seguro al momento del servicio para permitir la verificación previa a mi cita, y que independientemente de la asignación de beneficios, soy responsable de los cargos totales por todos los servicios prestados y artículos suministrados. En caso de que un procedimiento, servicio o artículo sea considerado experimental o no cubierto por mi plan de salud, la responsabilidad del pago recae únicamente en mí y/o el aval del paciente.



**8. Cesión de Beneficios Medicare/Medicaid:**

\_\_\_\_\_ Certifico que la información proporcionada para solicitar pago bajo el Título XVIII (Medicare) o Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la divulgación de información necesaria para presentar una reclamación a Medicare/Medicaid y solicito que el pago de beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Medicaid:

\_\_\_\_\_ Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables del pago de cualquier atención médica o servicio recibido que exceda la cantidad, duración inicial y/o alcance del Programa Medicaid de Texas, según lo determinado por Medicaid o su agencia aseguradora. Todos los pagos por servicios no cubiertos deben realizarse al momento del alta.

**9. Divulgación de Información de Atención Médica:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo Methodist Medical Group puede usar y divulgar información médica protegida. Copias actuales están disponibles en [methodisthealthsystem.org](http://methodisthealthsystem.org). Tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga mi información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estaremos obligados por nuestro acuerdo.

**10. Disposición Adicional para Menores:**

\_\_\_\_\_ Yo, el abajo firmante, reconozco y verifico que soy el tutor legal o custodio del paciente menor/incapacitado y tengo autoridad legal para consentir el tratamiento y acepto ser responsable del costo de toda la atención proporcionada.

**11. Programa de Asistencia Financiera:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que Methodist Medical Group mantiene una política establecida para proporcionar servicios de atención médica a quienes no pueden pagar. La información y solicitudes están disponibles con previa solicitud.

**12. Paquete de Información de Bienvenida:**

\_\_\_\_\_ Reconozco haber recibido el paquete de información de bienvenida en mi visita inicial a Methodist Medical Group.

**Firma del Paciente o Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente (si firma el tutor):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_