

## CONSENTIMIENTOS, TÉRMINOS, POLÍTICAS Y DIVULGACIONES

**AVISO PARA EL PACIENTE/GARANTE: TOTALCARE EMERGENCY ES UN INSTALACIONES DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS INDEPENDIENTE CON LICENCIA. SE FACTURARÁ A SU SEGURO LOS SERVICIOS DE LA SALA DE EMERGENCIAS Y LOS SERVICIOS DEL MÉDICO. UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PUEDE PONERSE A DISPOSICIÓN DEL PACIENTE.**

- Esta instalación es un centro de atención médica de emergencia independiente;
- Este centro cobra tarifas comparables a las de una sala de urgencias de un hospital y puede cobrar una cuota de instalación.
- Este centro o un médico que preste atención médica en este centro puede no ser proveedor participante en la red de prestaciones sanitarias del paciente
- El médico que presta atención médica en este centro puede facturar por separado del centro la atención médica prestada a un paciente.

### Consentimiento para el tratamiento:

Doy mi consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse durante esta visita, incluyendo el tratamiento de emergencia y/o servicios que pueden incluir, pero no se limitan a, servicios de laboratorio, exámenes de rayos X, procedimientos de diagnóstico, médico, enfermería o servicios prestados a mí según lo ordenado por mi médico u otro profesional de la salud.

Solicito y consiento voluntariamente que los médicos contratados de forma independiente (TotalCare ER y sus entidades asociadas) ordenen todas las pruebas y tratamientos necesarios mientras soy paciente de TotalCare Emergency. Entiendo que la atención médica no es una ciencia exacta y que no se está haciendo ninguna garantía en cuanto a mi examen, tratamiento, resultado, o el resultado. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento y dejar de participar en estos procedimientos en cualquier momento. Sin embargo, comprendo que el hacerlo puede obstaculizar mi tratamiento y/o resultado médico.

### Consentimiento para fotografiar

Doy permiso para que TotalCare ER y sus entidades asociadas tomen fotografías, en caso de que sea necesario, para propósitos de mi tratamiento durante mi evaluación y tratamiento.

### Consentimiento para el uso y la divulgación de información

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud con fines de tratamiento, pago de terceros pagadores y otras operaciones de atención médica, como el mantenimiento de los registros médicos, la comunicación de la información de salud con otros profesionales de la salud que contribuyen a mi atención, y las revisiones y evaluaciones de calidad.

### Reconocimiento del Aviso de Privacidad

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico. Entiendo que si tengo preguntas o quejas, puedo ponerme en contacto con nuestra oficina corporativa.

### Exposición accidental de fluidos corporales a un empleado sanitario

En el caso de mi exposición a fluidos corporales a un empleado de la salud, doy mi consentimiento para que se realicen pruebas, que pueden incluir, pero no se limitan a, el VIH o hepatitis, para determinar la presencia de cualquier enfermedad transmisible en beneficio del empleado expuesto. Entiendo que los resultados de estas pruebas no forman parte de mi historial médico.

### Política de fumar

Para mantener la salud y la seguridad de los pacientes, los visitantes y el personal, TotalCare Emergency es un entorno libre de humo que se aplica estrictamente. TotalCare Emergency y sus entidades asociadas no se hacen responsables de ninguna reclamación o daño derivado de fumar, o de mi salida del centro con el fin de fumar o consumir productos de tabaco.

### Objetos de valor personales

Aunque el centro hará todos los esfuerzos razonables para salvaguardar mis objetos de valor, entiendo que TotalCare Emergency no es responsable de la pérdida o el daño de los objetos de valor personales.

### Asignación de beneficios del seguro

Cedo a TotalCare ER y sus entidades asociadas todo derecho, título e interés en cualquier y todo el seguro de salud y / o plan de salud procede / beneficios de cualquier plan (s) que surjan de la prestación de cualquier bien y los servicios prestados TotalCare ER y sus entidades asociadas y / o médicos / proveedores de atención médica de los mismos.

Esta cesión se realiza de acuerdo con el §1204.054, Tex. Ins. Code.

También cedo y transfiero a TotalCare ER y sus entidades asociadas todos los derechos, títulos e intereses en cualquier reclamación contra mis aseguradores de salud, patrocinadores y/o administradores del plan de cualquiera de mis planes de beneficios de salud que surjan de o pertenezcan a cualquier acto ilícito y/u omisión relacionados con cualquiera de dichos planes de salud/beneficios o póliza(s) de seguro de salud, incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por falta de pago o pago insuficiente de facturas y reclamaciones de proveedores de salud. Además, cedo expresamente y con conocimiento de causa todos los derechos en virtud de mi plan de beneficios y de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 para demandar a mi plan de beneficios por cualquier incumplimiento de su deber fiduciario. Al ejecutar esta cesión de beneficios, estoy instruyendo a la compañía de seguros de salud u otro plan de beneficios de salud que proporciona mi cobertura (incluyendo, pero no limitado a, cualquier empleador, grupo de empleadores, o plan patrocinado u ofrecido por un fideicomiso), para pagar a TotalCare ER y sus entidades asociadas

TotalCare ER y sus entidades asociadas presentan reclamaciones de seguros primarios y secundarios para los pacientes asegurados. Autorizo al centro y/o a los médicos indicados anteriormente a divulgar información médica sobre mí según sea necesario para completar mis reclamaciones de seguro por esta ocasión de servicio a cualquier compañía de seguros o plan de salud.

#### **Acuerdo financiero y garantía del paciente**

TotalCare ER NO participa en ningún seguro del gobierno, incluidos, entre otros, Tricare, Medicare o Medicaid. Los beneficiarios del seguro del gobierno serán tratados como pacientes que pagan por cuenta propia. TotalCare ER no presentará un reclamo a ningún seguro del gobierno, y los beneficiarios pueden ser personalmente responsables ante TotalCare ER y sus entidades asociadas por el pago.

TotalCare ER puede ser un proveedor "fuera de la red" bajo mi compañía de seguros y/o plan de beneficios de salud. Entiendo que mi responsabilidad de pago fuera de la red puede ser mayor que una opción dentro de la red. La Ley de Seguros de Texas establece que si una condición se considera una emergencia médica, el seguro pagará de acuerdo con los beneficios del plan de los servicios en el nivel de beneficios "dentro de la red". Entiendo que los médicos o proveedores de atención médica que me presten servicios mientras esté en TotalCare ER pueden facturar por separado a TotalCare ER. Entiendo que los médicos o proveedores de atención médica que brindan servicios mientras TotalCare ER pueden no ser proveedores participantes con los mismos terceros pagadores o planes de beneficios que TotalCare ER. Entiendo que soy responsable de pagar a todos los proveedores sujeto a los términos de mi plan de salud o seguro, si corresponde.

Acepto, ya sea que firme como agente o como paciente, que en consideración de los servicios que se prestarán, por la presente soy responsable de pagar los copagos del centro, los deducibles, los montos estimados del coseguro del centro y cualquier saldo que se considere que no es un beneficio cubierto por el seguro. política. Se enviarán estados de cuenta mensuales a los garantes para los saldos de los pacientes. Los medios de pago aceptables son efectivo y tarjetas de crédito o débito.

#### **Servicios no cubiertos**

Si alguno de los servicios prestados no está cubierto por mi compañía de seguros, o Total Care Emergency no puede verificar la elegibilidad, soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados.

#### **Consentimiento para mensajes de texto**

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensaje de texto para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios/información de salud general. Si en algún momento proporcionó una dirección de correo electrónico o de texto en la que se me puede contactar, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones/información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o de texto de TotalCare ER.

#### **Derechos del paciente**

Los médicos, las enfermeras y todo el personal se comprometen a garantizar una atención segura y razonable.

1. Un paciente tiene derecho, si lo solicita, a que se le dé el nombre de su médico de cabecera, el nombre de todos los demás médicos que participan directamente en su atención y los nombres y funciones de otros profesionales de la salud que tienen contacto directo con el paciente.
2. El paciente tiene derecho a que se considere su privacidad en relación con su propio programa de atención médica. Las discusiones del caso, la consulta, el examen y el tratamiento se consideran confidenciales y se llevarán a cabo con discreción
3. Un paciente tiene derecho a que los registros relativos a su atención médica sean tratados como confidenciales, salvo que la ley o un acuerdo contractual con terceros disponga lo contrario.
4. El paciente tiene derecho a saber qué normas y reglamentos del centro se aplican a su conducta como paciente.
5. El paciente tiene derecho a que los procedimientos de emergencia se apliquen sin la demora necesaria.
6. El paciente tiene derecho a una atención de buena calidad y a un alto nivel profesional que se mantenga y revise continuamente.
7. El paciente tiene derecho a recibir información completa en términos sencillos sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, incluida la información sobre tratamientos alternativos y posibles complicaciones. Cuando no sea médicamente aconsejable dar la información al paciente, la información se dará en su nombre a la persona designada.
8. Salvo en casos de emergencia, el profesional deberá obtener el consentimiento informado necesario antes de iniciar un procedimiento. El consentimiento informado se define en el Código Administrativo de Texas, Título 25, Parte 7m Capítulo 601.
9. Un paciente, o si el paciente es incapaz de dar su consentimiento informado, una persona responsable, tiene el derecho de ser aconsejado cuando un practicante está considerando al paciente como parte de un programa de investigación médica o de un programa de donación, y el paciente, o la persona responsable, deberá dar su consentimiento informado antes de la participación real en el programa. Un paciente, o persona responsable, puede negarse a continuar en un programa al que haya dado previamente su consentimiento.
10. Un paciente tiene derecho a rechazar medicamentos o procedimientos, en la medida en que lo permita la ley, y el profesional deberá informar al paciente de las consecuencias médicas de su rechazo a dichos medicamentos o procedimientos.
11. El participante tiene derecho a recibir servicios médicos y de enfermería sin discriminación por motivos de edad, raza, color, religión, orientación sexual, nacionalidad, discapacidad o capacidad de pago.
12. El paciente que no hable inglés debe tener acceso, cuando sea posible, a un intérprete
13. El centro proporcionará al paciente, o a la persona que éste designe, si lo solicita, acceso a la información contenida en su historia clínica, a menos que el acceso esté específicamente restringido por el médico que lo atiende por razones médicas.

14. El paciente tiene derecho a esperar que se apliquen buenas técnicas de gestión en el centro. Dichas técnicas deberán hacer un uso eficaz del tiempo del paciente y evitar el malestar personal del mismo.
15. Cuando se produzca una emergencia y el paciente sea trasladado a un hospital, se notificará a la persona responsable o a la persona designada por el paciente. La institución a la que vaya a ser trasladado el paciente deberá ser notificada antes de su traslado.
16. El paciente tiene derecho a que el centro le proporcione información sobre las necesidades de atención sanitaria continuada tras el alta y los medios para satisfacerlas.
17. El paciente tiene derecho a ser informado de sus derechos en el momento del ingreso.
18. El centro espera que el paciente haga preguntas sobre cualquier indicación o procedimiento que no entienda.
19. El centro espera que el paciente sea considerado con los demás pacientes y con el personal en lo que respecta al ruido, el tabaquismo y el número de visitantes en las áreas de pacientes. También se espera que el paciente respete la propiedad del centro y de otras personas.
20. Se espera que el paciente siga las instrucciones y órdenes médicas y que informe de los cambios inesperados en su estado a su médico y al personal del centro.
21. Se espera que el paciente siga todas las normas de seguridad que se le indiquen o lea.
22. Si el paciente no sigue las instrucciones de su proveedor de atención médica, o si el paciente rechaza la atención, es responsable de sus propios actos.
23. El paciente tiene derecho a pedir a la sala de emergencias que respete su directiva avanzada.
24. El paciente tiene derecho a estar libre de toda forma de abuso, negligencia, explotación y acoso.

Si tiene quejas o reclamaciones, póngase en contacto con el administrador:  
 TotalCare Emergency Room  
 Dirección: 8501 Benbrook Blvd Suite 103 Benbrook, TX 76126  
 Teléfono: 817-249-5911  
 La presentación de una queja no debe comprometer la atención.

Si su queja o reclamación no se resuelve a su satisfacción, puede ponerse en contacto con:  
 Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas Grupo de Cumplimiento de la Instalación de Salud (MC 1979)  
 Dirección: PO Box 149347, Austin, Tx 78714-9347  
 Línea directa de quejas del TDSHS: (888) 973-0022

**Al firmar a continuación, certifico que toda la información de este formulario es verdadera y correcta. He leído y comprendido todos los contenidos, términos, políticas y divulgaciones. Acepto que he recibido todos los documentos de reconocimiento. TotalCare puede usar su información solo para fines internos.**

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 (Padre/Guardián si el paciente es menor de edad)

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

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Guardian/Poder notarial: Por favor, acuda a la recepción para obtener la documentación adicional (requerida por la ley) que debe ser completada.**

**Firma de Personal de TotalCare:** \_\_\_\_\_

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

**Autorización de recurso del paciente**

**El Departamento de Seguros de Texas ha establecido las leyes y normas que se exponen a continuación, y es posible que TotalCare ER y sus entidades asociadas tenga que presentar recursos en su nombre para garantizar que se cumplan estas leyes y normas:**

- La sección 1301.155 del Código del Departamento de Seguros de Texas, relativa a la atención de urgencias, exige que las compañías de seguros paguen a los centros de urgencias "al nivel de prestaciones del asegurado dentro de la red" por todos los servicios. Además, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible añadió numerosas protecciones para los pacientes que exigen que los planes de salud que cubren los servicios de emergencia proporcionen dicha cobertura sin necesidad de autorización previa, independientemente de la condición de participante del proveedor, al nivel de la red.
- La norma del "lego prudente" es un principio generalmente aceptado en el sector sanitario que se aplica a la atención médica de urgencia. Esta norma se creó para proteger a los consumidores de los elevados costes médicos derivados de las situaciones de urgencia, permitiendo que se les cobren las tarifas dentro de la red. Sin embargo, al proporcionar las compañías de seguros las tarifas de reembolso habituales y acostumbradas, los proveedores de seguros violan la intención de la comunidad médica y de los legisladores que convirtieron la norma del lego prudente en ley.
- Además, los planes de salud están obligados a pagar las visitas de emergencia para situaciones médicas en las que una persona cree que su otra salud está amenazada. El diagnóstico final no debe influir en que la aseguradora pague la visita a urgencias y las aseguradoras no pueden aplicar legalmente la reclamación a las prestaciones fuera de la red.

**\*\*Mi firma a continuación indica que deseo que TotalCare ER y sus entidades asociadas realice las apelaciones a mi aseguradora en mi nombre.**

X \_\_\_\_\_  
 Nombre de paciente

X \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento

X \_\_\_\_\_  
 Nombre de Paciente

X \_\_\_\_\_  
 Fecha de Firma

TotalCare Employee Initials: \_\_\_\_\_