



Consentimiento para Tratamiento y Reconocimiento de Recibo

1. **Tratamiento:** Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico por parte de Fairfax Family Practice Centers (FFPC) y/o sus entidades afiliadas, incluyendo, sin limitación, a cualquier médico, otro proveedor con licencia o personal clínico asignado a mi atención. Este tratamiento puede incluir exámenes, medicamentos, pruebas de laboratorio o radiología, u otros servicios que se consideren necesarios para mi atención y seguridad. Las pruebas de laboratorio pueden incluir pruebas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y entiendo que tengo el derecho de rechazar las pruebas de VIH. Asimismo, doy mi consentimiento para que mi proveedor de FFPC obtenga mi historial de recetas de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos.

Además, reconozco lo siguiente:

- No se ha garantizado ningún resultado con respecto a la atención que reciba de FFPC.
- Se pueden tomar fotografías y grabaciones durante mi atención con fines de identificación, diagnóstico y tratamiento. Según lo permita la ley, entiendo además que dichas fotografías o grabaciones pueden crearse y utilizarse con fines educativos, de mejora de la calidad, investigación y atención o enseñanza al paciente. Esto incluye la grabación digital de ciertos procedimientos y cuidados críticos del paciente con fines internos de mejora de la calidad. En la medida en que lo exija la ley, FFPC obtendrá mi consentimiento por escrito para el uso o divulgación de fotografías o grabaciones para cualquier otro propósito.
- Becarios, residentes, internos, estudiantes de medicina y otros estudiantes de profesiones de la salud pueden participar en mi atención como parte de los programas educativos de FFPC, bajo la supervisión de un médico tratante u otro profesional de la salud.
- El Código de Virginia, Sección 32.1-45.1, establece que cuando una persona que brinda atención médica o un paciente está directamente expuesto a los fluidos corporales del otro de una manera que pueda transmitir VIH o hepatitis B o C, dicha persona se considera que ha dado su consentimiento para la realización de pruebas para estos virus y para la divulgación de los resultados a la persona expuesta, sin que se requiera consentimiento expreso.

Autorización para Reclamaciones, Pagos y Revisiones

2. **Cesión de Beneficios:** Acepto proporcionar información sobre todos los beneficios de seguro médico a los que puedan tener derecho, incluidos, sin limitación, hospitalización grupal, organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), Compensación para Trabajadores, seguro de automóvil y otros beneficios de atención médica [Plan(es) de Seguro]. Por la presente, cedo cualquier pago de mi(s) Plan(es) de Seguro a FFPC y a cada uno de los médicos contratistas independientes y/o corporaciones profesionales por los servicios que me brinden. La cesión de pago directo incluye cualquier beneficio del Plan de Seguro al que tenga derecho, incluidos los beneficios médicos mayores pagaderos conforme a los términos de mi póliza, sin exceder el saldo de los servicios prestados.

3. **Solo para beneficiarios de Medicare:** Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a FFPC y/o a contratistas independientes por cualquier servicio que me haya sido prestado por dicho médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de



información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a su agente cualquier información necesaria para determinar dichos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. En el caso de beneficios de Medicare Parte B, solicito que el pago se realice a mí o a la parte que acepte la cesión.

4. Servicios no autorizados, no cubiertos o fuera del plan: Entiendo y reconozco que:

- Si mi(s) Plan(es) de Seguro no consideran que los servicios prestados estén cubiertos, o no han autorizado dichos servicios, no pagarán, y acepto pagar dichos servicios.
- Uno o más de mis proveedores pueden no aceptar seguro o pueden estar fuera de la red de mi seguro médico.
- En el caso de proveedores o servicios fuera de la red del plan, puede haber beneficios reducidos y puedo estar obligado(a) a pagar un copago, deducible o coseguro más alto.

5. Proveedores que no son empleados ni agentes: Entiendo que algunos de los proveedores que me brindan servicios, incluidos, entre otros, contratistas independientes, no son empleados ni agentes de FFPC. Entiendo que uno o más de estos proveedores pueden no aceptar seguro o estar fuera de la red de mi seguro, y que puedo recibir facturas separadas por dichos servicios.

6. Responsabilidad financiera: Acepto pagar todos los cargos de los que sea legal y/o contractualmente responsable, incluidos, sin limitación, pagos directos, deducibles de seguro médico, copagos y servicios no cubiertos en caso de que mi seguro no pague o si no tengo seguro. También acepto que, si mi cuenta debe ser remitida a un abogado o agencia de cobros para obtener el pago, pagaré los honorarios razonables de abogados y otros costos de cobranza incurridos por FFPC.

7. No responsabilidad por bienes personales: Entiendo y acepto que FFPC no es responsable por robo, pérdida o daño de mis bienes personales. También entiendo que, si dejo dinero u objetos personales en una instalación de FFPC y no los reclamo dentro de sesenta (60) días, FFPC puede, a su entera discreción, disponer de ellos o destruirlos. Reconozco además que cualquier derecho o interés que haya tenido sobre dichos artículos se considerará perdido después de ese período.

8. Autorización para recibir mensajes y comunicaciones automatizadas: Entiendo y acepto que FFPC, sus afiliados, agentes, contratistas o designados (incluidos, entre otros, cobradores de deudas) pueden comunicarse conmigo respecto a servicios, pagos, programación de citas y actividades operativas de atención médica mediante diversos métodos, incluidos, sin limitación, llamadas manuales, mensajes de voz, mensajes de texto y/o servicios de marcación automática y mensajes de voz artificiales pregrabados, a cualquier número telefónico que proporcione a FFPC. Entiendo que mis llamadas pueden ser monitoreadas o grabadas para cualquier propósito. Si proporciono una dirección de correo electrónico, acepto recibir notificaciones de MyChart. Entiendo que tengo la opción de excluirme (“opt out”) de dichas comunicaciones notificando a FFPC por escrito, y que este proceso puede tardar un tiempo razonable en hacerse efectivo. A menos que me haya excluido, las comunicaciones pueden continuar después de la expiración de este formulario.

Ambiente Libre de Humo

9. Ambiente libre de humo: Entiendo y reconozco que no se permite el uso de productos de tabaco (incluidos cigarrillos, cigarros, pipas, tabaco de mascar y vaporizadores) en ninguna ubicación o propiedad de FFPC. Esta prohibición se aplica en todas las áreas de las instalaciones, incluidos, entre otros, entradas, estacionamientos, garajes y el interior de todos los edificios.



Aviso de Prácticas de Privacidad

10. Aviso de Prácticas de Privacidad: El Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de FFPC describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que pueden ocurrir durante mi tratamiento, para facilitar el pago de mis facturas o en la realización de las operaciones de atención médica de FFPC. El NPP también describe mis derechos y las obligaciones de FFPC con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que hay copias disponibles en las áreas de registro de cada instalación y en el sitio web de FFPC en www.fairfaxfamilypracticecenters.com. Puedo solicitar que se me envíe una copia por correo llamando al 703-255-9100. FFPC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en el NPP. Puedo obtener un NPP revisado llamando al número anterior, solicitando una copia en mi próxima cita o accediendo al sitio web de FFPC para ver la versión más reciente.

Mis iniciales confirman que he recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de FFPC y que tengo derecho a recibir una copia adicional si la solicito.

Autorización para Divulgar Información sobre Uso de Sustancias y VIH/SIDA con Fines de Pago

11. Divulgación: Si corresponde, autorizo a FFPC a divulgar mi información relacionada con tratamiento por uso de sustancias y/o VIH/SIDA a mi(s) Plan(es) de Seguro, Medicare, Medicaid o Tricare, entidades privadas de revisión autorizadas y/o entidades de revisión de utilización que actúen en su nombre, agentes de facturación y cobranza o abogados de FFPC y/o de médicos contratistas independientes y/o corporaciones profesionales, la aseguradora de Compensación para Trabajadores de mi empleador y, según corresponda, la Administración del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la Organización de Revisión por Pares que actúe en nombre del gobierno federal y/u otras agencias estatales o federales, con el propósito de satisfacer el pago de los servicios prestados. Esta autorización permanecerá vigente a menos que proporcione a FFPC una notificación escrita de revocación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita, excepto en la medida en que la divulgación ya haya ocurrido.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

12. La siguiente lista de derechos y responsabilidades no pretende ser exhaustiva, sino demostrar nuestra preocupación por usted y resaltar la necesidad de respetarlos.

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Atención considerada y respetuosa en un entorno seguro, libre de abuso, acoso o discriminación.
- Participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención y en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a solicitar o rechazar tratamiento, según lo permita la ley.
- Recibir visitas designadas por el paciente y retirar o negar dicho consentimiento en cualquier momento.
- No someterse a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente e informado, o el de su representante legal.
- Estar bien informado(a) sobre su enfermedad, posibles tratamientos y resultados probables, y discutir esta información con su proveedor.
- Tener un representante designado presente para recibir actualizaciones sobre su atención.
- Contar con una directiva anticipada y esperar que FFPC respete su intención conforme a la ley y las políticas de la clínica.
- La confidencialidad de sus registros médicos.
- Salir de la clínica incluso en contra de la recomendación del proveedor.



- Conocer el nombre del profesional responsable de coordinar su atención.
- Ser informado de las alternativas cuando la atención en la clínica ya no sea apropiada.
- Ser informado por su proveedor sobre las necesidades continuas de atención médica después de su visita a la clínica.
- Acceso gratuito a servicios de interpretación.
- La privacidad de su información médica. Las divulgaciones relacionadas con usted, sus derechos y nuestras obligaciones respecto al uso y divulgación de su información médica se realizan de acuerdo con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Tener una persona de apoyo designada si tiene una discapacidad diagnosticada y necesita apoyo y asistencia continuos para esa discapacidad.
- Si tiene una queja o desea presentar un reclamo, llame a nuestra oficina de Cumplimiento al 703-255-9100. Si considera que FFPC no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, religión, cultura, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad, estado militar, embarazo o parto, o condiciones médicas relacionadas, puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarle.

Si tiene una queja o desea presentar un reclamo, también puede comunicarse con el Departamento de Salud de Virginia, Oficina de Licenciamiento y Certificación, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233, o llamar al 800-955-1819.

Como paciente, usted es responsable de:

- Proporcionar información completa y precisa sobre su salud.
- Hacer preguntas cuando no entienda su atención.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado.
- No grabar ni fotografiar a personas o instalaciones de FFPC sin permiso previo.
- Informar a su proveedor si cree que no podrá cumplir con su plan de tratamiento y comprender los posibles resultados si decide no seguir el plan de tratamiento recomendado.
- Proporcionar información de contacto y facturación precisa.
- Tener conocimiento detallado de la cobertura de su seguro médico, incluidos los deducibles, copagos y la cobertura dentro de la red, así como cualquier responsabilidad financiera del paciente.
- Reconocer que la oficina no puede tomar responsabilidad por sus pertenencias personales.
- Ser respetuoso(a) con el personal, los pacientes y la propiedad de la clínica.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto los términos y condiciones descritos.

**Firma del Paciente/Responsable
de Decisiones (DDM):** _____

Fecha: _____

**Si es DDM, nombre
en letra de imprenta:** _____

Relación: _____