



Where Your Healing Begins

Autorizaciones, reconocimientos y acuerdos

1. **REQUISITOS DEL SEGURO:** Entiendo que mi contrato de servicios prestados es entre Calvary Medical PA y yo. La clínica tramitará reclamaciones de seguro como cortesía para nuestros pacientes y aceptará el pago directo de la aseguradora por la parte de los cargos que cubra mi plan. Entiendo que soy responsable de proporcionar a la clínica la información de mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los copagos, cualquier deducible del plan que no se haya cumplido, cargos por encima de los permitidos del plan cuando la clínica no participa en el plan, y cargos no cubiertos por los términos de mi póliza. Entiendo que seré responsable del pago en caso de que Medicaid o mi seguro personal determinen que los requisitos establecidos por mi compañía de seguros no se cumplieron, que algunos o todos los servicios prestados no se consideraran médicamente necesarios, o que los servicios no estuvieran cubiertos por mi plan. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a, visitas a consultas, exámenes de medicina preventiva, exámenes previos al empleo, tratamiento de un accidente, estudios de laboratorio, estudios genéticos, medicamentos, fisioterapia, radiografías, procedimientos o atención en urgencias que mi compañía de seguros no considera urgentes o que no haya conseguido ni la autorización previa ni posterior al tratamiento según los términos de mi póliza. Es tu responsabilidad proporcionar a tu compañía de seguros cualquier información adicional que soliciten y que pueda ayudar a tramitar tu reclamación. Por favor, ten en cuenta que el saldo de tu(s) reclamación(es) es tu responsabilidad, independientemente de si tu compañía de seguros paga tu(s) reclamación(es) o no, a menos que la familia cumpla los requisitos para un descuento por tarifa progresiva. Si tu seguro cambia, por favor notifícanos antes de tu próxima visita para asegurarnos de facturar al seguro adecuado y que recibas los máximos beneficios que ofrece tu seguro. Por favor, contacta con tu compañía de seguros si tienes cualquier pregunta sobre tu cobertura, ya que el conocimiento de tus beneficios y la red de proveedores de seguros es tu responsabilidad. _____ (inicial)
2. **SIN SEGURO O CON SEGURO INSUFICIENTE:** Si no tienes seguro o tienes un seguro limitado y no puedes pagar la **cantidad total** debida por atención médica, podrías optar a un programa de descuento con tarifa ajustada que ofrece nuestra organización. Este programa está diseñado para ofrecer atención gratuita o con descuento a quienes no disponen de medios, o tienen recursos limitados, para pagar sus servicios médicos. Si tienes seguro, no tienes seguro o tienes un seguro insuficiente, tu tarifa de visita puede reducirse en una escala de tarifas variable según los ingresos y la composición de la familia según las directrices federales. Nuestro equipo te ayudará a determinar si cumples los requisitos para un descuento; Si lo haces, también te ayudarán con la solicitud. _____ (inicial)
- **CUENTAS DE PAGO DIRECTO:** Entiendo que si no cuento con cobertura de seguro, soy personalmente responsable de todos los cargos incurridos al momento de mi cita. Entiendo que la clínica no puede determinar el costo de los servicios antes de la visita y que algunos cargos podrían no estar disponibles al momento de recibirlos. Acepto pagar cualquier saldo pendiente. Es mi responsabilidad comunicarme con el Representante del Ciclo de Ingresos de myeMED Management, LLC al (877) 769-3633 si no puedo pagar mi cuenta en su totalidad por cualquier cargo facturado. La clínica proporcionará información, previa solicitud, sobre los recursos de atención médica comunitarios disponibles para pacientes que califiquen según su situación económica. _____ (inicial)
- **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a Calvary Medical PA, LabCorp, Quest Diagnostics y/o otros laboratorios de referencia que realizaron pruebas de diagnóstico a divulgar cualquier información médica o estado de cuenta relacionado con los servicios prestados a: otros proveedores de atención médica que me prestan servicios, cualquier organización o proveedor de atención médica que requiera la información médica para el pago de reclamaciones relacionadas con los servicios que recibo, cualquier persona o entidad que haya aceptado ser responsable del pago de los servicios que recibo o para cualquier otro fin necesario para las operaciones de atención médica. . _____ (inicial)
- **PAGO DIRECTO DE BENEFICIOS DE SEGURO, INCLUIDOS MEDICARE Y MEDICAID:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados por los servicios prestados por o en Calvary Medical PA se realice en mi nombre directamente a Calvary Medical PA. _____ (inicial)
- **DENEGACIÓN DE MEDICAMENTOS E INMUNIZACIONES DE MEDICARE:** Me han informado que la cobertura ambulatoria de Medicare no incluye medicamentos, productos biológicos que Medicare considera de autoadministración ni vacunas. Entiendo que, si soy beneficiario de Medicare, seré responsable del pago. _____ (inicial)
- **BENEFICIOS DE MEDICARE, MEDIGAP Y MEDICAID:** Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de **Medicare**, Medigap y/o Medicaid a mi nombre a Calvary Medical PA por cualquier servicio que me hayan prestado los profesionales empleados por Calvary Medical PA, en la medida en que lo permita la ley. Autorizo a Calvary Medical PA, LabCorp, Quest Diagnostics y/o otros laboratorios de referencia a divulgar a Medicare y/o Medicaid, a la Administración del Seguro Social y/o sus intermediarios o aseguradoras, y a cualquier organización de revisión por pares, la información necesaria para esta o cualquier reclamación relacionada con Medicare y/o Medicaid. _____ (inicial)
- **ACUERDO DE PAGO POR SERVICIOS:** Acepto, ya sea que firme este documento como representante o como paciente, que en contraprestación por los servicios que se me prestarán, me obligo individualmente a pagar los cargos de Calvary Medical PA de acuerdo con sus tarifas y condiciones habituales. No obstante, soy consciente de que a todo paciente que llegue a las instalaciones se le realizará un examen médico de evaluación, independientemente de su capacidad de pago. _____ (inicial)

	Phone Number	Address	Business Hours
Livingston	936-327-1055	309 Hwy 59 S Loop	Monday – Friday: 8.00 AM – 5.00 PM
Cleveland	281-592-9775	108 S William Barnett Ave	Saturday – Sunday: Closed

- **PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** A partir del 14 de abril de 2003, la ley federal exige que los proveedores de atención médica le entreguen una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad la primera vez que usted acuda a recibir servicios y, posteriormente, cada vez que se modifique el texto de dicho aviso. El aviso explica cómo el proveedor de atención médica protege la privacidad de su información médica. _____(inicial)
 - **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Doy mi consentimiento para el examen y/o tratamiento proporcionado por Calvary Medical PA bajo las instrucciones de un médico, enfermero practicante avanzado o asistente médico. Esto puede incluir exámenes radiológicos, análisis de laboratorio, anestesia, tratamiento médico y quirúrgico u otros servicios proporcionados por la clínica. Entiendo que se pueden requerir consentimientos adicionales para procedimientos y/o tratamientos específicos. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de los tratamientos o exámenes realizados por los profesionales/la clínica. Este consentimiento me ha sido explicado en detalle y comprendo sus condiciones. _____(inicial)
 - **LLAMADAS TELEFÓNICAS:** El personal médico de Calvary Medical PA no atiende llamadas de vuelta mientras está atendiendo pacientes. Le devolveremos la llamada durante la hora del almuerzo o después de terminar la jornada. Si su llamada se debe a una emergencia médica, el personal de recepción puede atenderla y notificar al médico para que le dé instrucciones directas. En caso de emergencia fuera del horario de atención, debe comunicarse con la clínica para que el servicio de contestador automático lo comunique con el médico de guardia o dirigirse a la sala de urgencias de su preferencia. _____(inicial)
 - **AUSENCIAS/CANCELACIONES DE CITAS:** En Calvary Medical Clinic comprendemos que a veces debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, si no cancela su cita con 24 horas de anticipación, podría estar impidiendo que otro paciente obtenga una cita cuando la necesite. Asimismo, si un paciente no cancela su cita, no podremos atenderlo. Por lo tanto, hemos implementado una Política de Ausencias. Se cobrará una tarifa de \$25 a todos los pacientes que no cancelen su cita con 24 horas de anticipación o que falten sin previo aviso. Esta tarifa no está cubierta por su seguro médico. Es posible que deba pagar la tarifa de \$25 junto con su copago, coseguro o deducible al momento de su próxima cita. Los pacientes que falten reiteradamente a sus citas programadas, no las cancelen con 24 horas de anticipación o no notifiquen a nuestra oficina, podrían ser dados de baja de la clínica. _____(inicial)
- **En caso de que se sospeche que una persona ha estado expuesta a mi sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para que se me realicen pruebas para determinar si mi sangre contiene virus contagiosos, incluidos los de hepatitis B, hepatitis C y VIH. Entiendo que estas pruebas de laboratorio realizadas como resultado de la exposición serán gratuitas.** _____(inicial)
- **PROFESIONALES DE NIVEL INTERMEDIO:** Calvary Medical PA emplea profesionales de nivel intermedio, también conocidos como **enfermeros** practicantes avanzados o asistentes médicos. Estos profesionales cuentan con licencia del Estado de Texas para brindar atención bajo la supervisión de médicos con licencia. Algunos planes de seguro no cubren sus servicios o solo cubren un porcentaje. Es responsabilidad del paciente verificar su cobertura antes del tratamiento. Los pacientes atendidos por profesionales de nivel intermedio son responsables de los costos, independientemente de la cobertura de su aseguradora. _____(inicial)
 - **RECTAS:** Todas las recetas se surten electrónicamente. Por lo tanto, SureScripts y RXHub (proveedores que transmiten recetas) compartirán información sobre todos los medicamentos que usted toma con la clínica y cualquier otro proveedor de atención médica o institución médica que lo atienda. No existe la opción de rechazar este proceso. _____(inicial)
 - **PORTAL DEL PACIENTE:** El portal del paciente es un sitio web seguro que le permite, como paciente mayor de 18 años, acceder a su **Historia Clínica Personal (HCP)**, que incluye medicamentos, resultados de laboratorio e historial médico, a través de internet. Al usar el portal del paciente, usted se compromete a proteger su contraseña de personas no autorizadas. Es su responsabilidad notificarnos si su contraseña es robada. Usted acepta no responsabilizar a Calvary Medical PA por ninguna infracción de la red que esté fuera de nuestro control _____(inicial)
 - **COMUNICACIONES:** La clínica cumple con todas las regulaciones federales, estatales y locales relativas al intercambio de información médica personal. Dichas regulaciones permiten el intercambio de información médica personal entre los proveedores y centros de atención médica que le atienden. Usted puede autorizar a otras personas a obtener esta información en su nombre. _____(inicial)

El abajo firmante certifica haber leído lo anterior, ser el paciente o su representante debidamente autorizado y acepta estos términos, salvo que se especifique lo contrario por escrito. Esta autorización será válida hasta su revocación por escrito.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del paciente: _____

Motivo de la firma del representante: ☐ Menor ☐ Tutor ☐ Apoderado ☐ Otro (especifique) _____ Nota: Los padres sin custodia, tutores o personas con poder notarial para la atención médica deben tener una copia de los documentos justificativos archivada en esta oficina.