

## Términos y condiciones de servicio

### Stanford Medicine Partners

Lea este documento con atención. Stanford Medicine Partners exige la firma anual y sin modificaciones de la totalidad de los Términos y condiciones de servicio.

**1. TÉRMINOS DEL ACUERDO.**

Entiendo que los términos y condiciones de este acuerdo del paciente ambulatorio permanecerán en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, y que tendré que firmar este acuerdo anualmente. Entiendo que en cada cita en el centro médico me pedirán que confirme la exactitud de mi información demográfica y del seguro. Si ha habido cambios en mi información demográfica o del seguro, se los informaré al personal del centro médico.

**2. CONSENTIMIENTO MÉDICO.**

Yo, el paciente o representante legal abajo firmante, doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos generales que podrían realizarse. Algunos de estos procedimientos podrían ser, entre otros, análisis clínicos, exámenes radiológicos, tratamiento médico o quirúrgico o procedimientos hechos al paciente según las instrucciones generales y especiales de su médico o cirujano. Entiendo que el médico del paciente es responsable de obtener el consentimiento informado del paciente, cuando así se exija para la administración de tratamientos médicos o quirúrgicos específicos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales. Entiendo y acepto que, a petición del médico tratante, podría haber profesionales de la salud (como asociados médicos y enfermeros especializados) que participen en la atención del paciente.

**3. INSTITUCIÓN DOCENTE.**

Stanford Medicine Partners está afiliado a Stanford Health Care, que es una institución docente que imparte capacitación a médicos, cirujanos, enfermeros y demás personal de atención médica. A petición del médico tratante y bajo su supervisión, los residentes, pasantes, estudiantes de medicina, becarios (*fellows*) de posgrado y otro personal de atención médica en formación podrán participar en la atención del paciente como parte de su programa médico.

**4. FOTOGRAFÍAS.**

Doy mi consentimiento para la toma de imágenes, videos u otras reproducciones electrónicas del paciente, incluso de su condición o tratamiento médico o quirúrgico, y para el uso de dichas imágenes, videos o reproducciones electrónicas para los fines permitidos por la ley. Doy mi consentimiento para la realización de evaluaciones y exámenes por parte de médicos u otros profesionales de la salud que puedan estar a distancia física, a través de diferentes clases de tecnologías virtuales tales como (entre otras) videos bidireccionales e imágenes digitales, según lo determinen mis proveedores. Entiendo que Stanford Medicine podrá usar mi imagen digital, en cualquier forma, para propósitos como (entre otros): tratamientos, mejoramiento de calidad, seguridad del paciente, educación y protección. En circunstancias específicas, y según lo exija la ley, podrían pedirme que dé mi consentimiento aparte antes de que se tomen, usen o revelen fotografías, videos u otras reproducciones electrónicas. Si la imagen fuera a usarse con fines de investigación y pudiera emplearse directamente para identificar al paciente, me pedirán mi autorización para usarla o revelarla según lo exija la ley. Entiendo que, según las leyes de California, no podré fotografiar, filmar ni grabar ninguna imagen o conversación con un empleado o un médico de SMP, ni con otro paciente de SMP, sin el consentimiento explícito de todas las partes involucradas, y que la violación de esta ley podrá dar lugar a sanciones penales o de responsabilidad civil.

**5. ACUERDO ECONÓMICO.**

Acepto asumir la total responsabilidad económica de la cuenta del paciente, según las tarifas y los términos habituales de Stanford Medicine Partners, para que se puedan prestar los servicios. Esto incluye responsabilizarme de pagar todos los deducibles y copagos que pueda exigir el seguro o plan de salud del paciente. Incluye también los servicios o suministros que no estén cubiertos por el plan de seguro médico del paciente y/o Medicare. Si la cuenta o las cuentas del paciente se remitieran a un bufete o a una agencia de cobranza para fines de recaudación de la deuda, acepto además pagar los montos reales por concepto de honorarios de los abogados y gastos relacionados

### Términos y condiciones de servicio

con la demanda, además de otros montos adeudados. Cuando los servicios deban facturarse a una aseguradora, un plan de salud u otra fuente de pago, también se aplicarán los párrafos 6 (Pacientes del plan de salud contratado y otras fuentes) y 7 (Asignación de beneficios del seguro).

**6. PACIENTES DEL PLAN DE SALUD CONTRATADO Y OTRAS FUENTES.**

Entiendo que el paciente podría ser elegible para tener determinada cobertura de atención médica a través de un plan de salud (HMO, PPO) que forme parte de la lista de planes de salud contratados por Stanford Medicine Partners, o a través de alguna otra fuente (p. ej., el patrocinador de un ensayo clínico, un seguro de indemnización laboral, etc.). Según el párrafo 5 (Acuerdo económico), acepto ser el responsable de pagar la cuenta del paciente: (a) si Stanford Medicine Partners no tiene un contrato con el plan de salud; (b) por cualquier copago y deducible; (c) por servicios no aprobados por el plan de salud u otra fuente; (d) por servicios no cubiertos y/o no pagados por el plan de salud del paciente u otra fuente en la medida permitida por la ley o el contrato.

**7. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO (INCLUIDOS BENEFICIOS DE MEDICARE).**

Autorizo el pago directo a Stanford Medicine Partners de cualquier beneficio de seguro que de otro modo se efectuaría al paciente (o en su nombre) por los servicios prestados, a una tasa que no exceda los cargos reales. Según el párrafo 5 (Acuerdo económico), entiendo y acepto ser el responsable de los cargos no pagados en conformidad con esta asignación. Si corresponde, certifico además que la información proporcionada a Stanford Medicine Partners para ayudar al paciente a solicitar el pago de Medicare es correcta.

Stanford Medicine Partners es una organización independiente sin fines de lucro que está afiliada a Stanford Medicine, lo que incluye Stanford Health Care y Stanford Health Care-ValleyCare. Stanford Medicine Partners contrata a grupos médicos para que presten servicios de atención médica en sus centros médicos. Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care-ValleyCare, Stanford University y sus afiliados no tienen control alguno sobre tales grupos médicos ni sobre los servicios profesionales prestados por los médicos y proveedores de salud especializados de tales grupos médicos, ni se responsabilizan de sus acciones. Los médicos y los proveedores de salud especializados que presten servicios en los centros médicos de Stanford Medicine Partners no son empleados, representantes ni agentes de Stanford Medicine Partners, Stanford Health Care, Stanford Health Care-ValleyCare, Stanford University ni de sus afiliados.

El abajo firmante certifica: que leyó los Términos y condiciones de servicio; que recibió una copia de estos; y que es el paciente (o que cuenta con la debida autorización del paciente o para actuar en su nombre) para ejecutar y aceptar sus términos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Si un intérprete participa en la explicación sobre el consentimiento informado:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INTÉRPRETE EN PERSONA, EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
ID DEL INTÉRPRETE PRESENTE EN EL VIDEO  
O POR TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
IDIOMA

## Términos y condiciones de servicio

### Stanford Medicine Partners Aviso resumido de prácticas de privacidad

EL PRESENTE ES UN RESUMEN DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y/O SU HIJO (“USTED”) Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE SUMINISTRAMOS TAMBIÉN UNA VERSIÓN COMPLETA DE ESTE AVISO.

#### **Nuestro compromiso a proteger su privacidad:**

Stanford Medicine Partners (el “Centro Médico”) se compromete a proteger la privacidad de su información médica. Su atención y tratamiento se registran en un expediente médico. Para que podamos satisfacer mejor sus necesidades médicas, compartimos su expediente médico con los profesionales de la salud que participen en su atención. Igualmente, compartimos información sobre nuestras operaciones comerciales y también para cumplir con las leyes que rigen la atención médica. No usaremos ni revelaremos su información para ningún otro propósito sin su permiso.

#### **Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información médica:**

- a inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes médicos, sujeto a ciertas excepciones limitadas;
- a introducir adendas o correcciones en su expediente médico;
- a solicitar un informe de las revelaciones de su información médica por parte del Centro Médico;
- a solicitar restricciones sobre ciertos usos o revelaciones de su información médica;
- a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinadas maneras o en determinados lugares; y
- a recibir una copia de la versión completa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

#### **Podríamos usar y revelar la información médica sobre usted para los siguientes propósitos:**

- para darle tratamiento y servicios médicos;
- para facturar y recibir los pagos del tratamiento y de los servicios que usted reciba;
- para realizar las funciones necesarias de administración del Centro Médico y garantizar que nuestros pacientes reciban una atención de calidad;
- para participar en estudios de investigación, sujeto a ciertos requisitos. (Para obtener información más detallada, consulte el texto completo del Aviso de prácticas de privacidad); y
- cuando lo exija o lo permita la ley.

#### **Hay otras situaciones en las que podríamos revelar información médica sobre usted, sin autorización; entre ellas:**

- para actividades de salud pública (p. ej., informar sobre situaciones de abuso o reacciones a medicamentos);
- a organismos de supervisión de la atención médica, como el Departamento de Servicios de Salud de California (*California Department of Health Services*);
- en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, convocación o proceso similar;
- a funcionarios policiales (en ciertas circunstancias limitadas);
- a un pesquisador o un médico forense, o agente funerario; y
- a organizaciones encargadas de la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

*Cada cierto tiempo podríamos modificar o actualizar nuestro Aviso. Consulte el texto completo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más detallada de nuestras prácticas de privacidad, sus derechos con respecto a su información médica y la información de contacto pertinente.*

**Para obtener más información sobre el texto completo del Aviso de prácticas de privacidad, llame al Director de Cumplimiento y Gestión de Riesgos (*Director of Compliance and Risk Management*) al 510-731-2635.**