

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO: CONSENTIMIENTO GENERAL Y ACUERDO FINANCIERO

Washington Regional – Quiénes somos; Propósito de este Acuerdo. Gracias por buscar atención médica en el sistema médico de Washington Regional, un sistema de salud integrado compuesto por varias entidades, incluyendo (pero no necesariamente limitado a) el hospital general conocido como Washington Regional Medical Center ("WRMC") y cada uno de los respectivos departamentos ambulatorios hospitalarios, proveedores especializados y clínicas médicas que se identifican específicamente en el *Aviso de Prácticas de Privacidad de Washington Regional*, al que se denominarán colectivamente en este documento como "Washington Regional". Este Acuerdo de Consentimiento a Atención Médica autoriza a Washington Regional a brindarle atención médica, compartir su información médica y solicitar el pago de los servicios proporcionados. En este documento, "Paciente" significa la persona que recibe tratamiento. "Representante del Paciente" se refiere a cualquier persona que actúe en nombre del Paciente y que firme como representante legal del Paciente. Uso de la palabra "yo", "usted", "tú", o "su" según en contexto, tanto el Paciente como el Representante del Paciente. Con respecto a las obligaciones financieras "yo", "usted" o "tu" también puede, dependiendo del contexto, significar el "Garante", que es el garante financiero de la cuenta del Paciente.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") es una ley federal que protege la privacidad y seguridad de su información médica en cualquier parte de los Estados Unidos. El *Aviso de Prácticas de Privacidad de Washington Regional* es una descripción completa de sus derechos de privacidad de HIPAA como paciente de Washington Regional, y describe además las maneras en que HIPAA permite a Washington Regional usar y divulgar su información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones prescritos y permitidos. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad de Washington Regional*.

Reconocimiento de la Guía de Información al Paciente. Si estoy buscando atención en WRMC, reconozco que se me ha proporcionado una copia de *la Guía de Información al Paciente de Washington Regional*. *La Guía de Información al Paciente* proporciona una declaración detallada de sus derechos y responsabilidades como paciente en WRMC.

Consentimiento para Diagnóstico, Cuidado y Tratamiento. Doy mi consentimiento y autorizo a Washington Regional y a cada uno de los médicos y otros proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en mi atención en Washington Regional para proporcionar dicho diagnóstico, atención y tratamiento que se considere necesario para la condición para la que estoy buscando atención o que de otra manera sería aconsejable para mi bienestar. Doy mi consentimiento a los procedimientos que se pueden realizar durante la hospitalización o durante un episodio de atención ambulatoria, incluyendo, pero no limitado a, tratamiento o servicios de emergencia, y que pueden incluir procedimientos de laboratorio, administración de sangre y productos sanguíneos, examen de rayos X, procedimientos de diagnóstico, tratamiento o procedimientos médicos, de enfermería o quirúrgicos, anestesia, o servicios hospitalarios según lo ordenado por un médico, profesional de la salud aliado u otro profesional independiente con licencia. Para facilitar mi diagnóstico, atención y tratamiento, además doy mi consentimiento para la evaluación y el examen por un médico que puede estar físicamente distante de mí a través de tecnologías de telemedicina, incluyendo pero no limitado a video bidireccional, imágenes digitales y otra tecnología de telemedicina según lo determinado por Washington Regional y según lo permita la ley aplicable. Entiendo que la práctica de la medicina (incluida la cirugía) no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho ninguna garantía con respecto a la probabilidad de éxito o resultados de cualquier examen, diagnóstico, prueba, tratamiento o cirugía realizada en Washington Regional. Si estoy embarazada, entiendo que todas las disposiciones de estos Términos y Condiciones de Servicio: Consentimiento General y Acuerdo Financiero se aplican a mi hijo/hijo recién nacido para su atención médica y tratamiento.

Además, doy mi consentimiento para el tratamiento y la atención por parte de médicos y profesionales de la salud aliados que no son empleados o agentes de Washington Regional, pero que están autorizados por Washington Regional a través de la concesión de privilegios clínicos para proporcionarme tratamiento y atención como paciente de Washington Regional. Washington Regional ha entrado en acuerdos con centros médicos académicos, grupos médicos independientes y grupos profesionales de la salud aliados con el fin de proporcionar servicios especializados como anestesiología, patología, perfusionista, telemedicina y servicios intensivistas. Los miembros de estas instituciones o grupos no son empleados de Washington Regional, pero tienen privilegios clínicos para practicar en Washington Regional. Acuerda no responsabilizar a Washington Regional de la atención médica de ningún médico no empleado o profesional de la salud aliado con privilegios clínicos en Washington Regional

y liberar a Washington Regional de cualquier responsabilidad por cualquier lesión o daño causado a mí por cualquier médico no empleado o profesional de la salud aliado con privilegios clínicos en Washington Regional.

Actividades docentes e investigadoras. Entiendo que la misión de Washington Regional incluye servir como hospital de enseñanza y sitio de capacitación clínica. Entiendo que los residentes, pasantes, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares de atención médica (por ejemplo, enfermería, técnicos radiológicos, asistentes médicos) y otros aprendices pueden observar, examinar, tratar y participar a petición y bajo la supervisión del médico a cargo en mi cuidado como parte de los programas de educación médica de Washington Regional. Doy mi consentimiento para permitir que los estudiantes como parte de su capacitación en educación para el cuidado de la salud participen en la entrega de mi atención médica y tratamiento o sean observadores mientras recibo atención médica y tratamiento en Washington Regional, y que estos estudiantes serán supervisados por médicos calificados y/o personal de Washington Regional.

Entiendo que la misión de Washington Regional incluye la realización de investigaciones médicas y el avance de la ciencia médica. También entiendo que la Junta de Revisión Institucional de Washington Regional aprueba proyectos de investigación llevados a cabo por médicos, enfermeras, estudiantes médicos, de enfermería y de salud aliados, y otro personal de Washington Regional que están acreditados o autorizados por Washington Regional para llevar a cabo dicha investigación de acuerdo con las leyes estatales y federales. Entiendo que se me pueden contactar y solicitar que participe en estudios de investigación, pero que no estoy obligado a hacerlo. Mi decisión de participar o no no afectará mi capacidad para obtener atención médica.

Objetos de valor personales. Reconozco que Washington Regional solicita que los pacientes no traigan objetos valiosos a sus instalaciones. Entiendo que mi propiedad personal es mi responsabilidad y que Washington Regional no es responsable de la pérdida, destrucción o robo de mi propiedad personal. Se me ha aconsejado enviar todos los objetos de valor personales a casa en caso de que me admitan en el centro hospitalario de WRMC. Washington Regional no será responsable de la pérdida o daño a cualquier propiedad personal, incluyendo, pero no limitado a, dinero, monederos, gafas, audífonos, denturas, joyas, teléfonos celulares, dispositivos electrónicos u otros artículos de valor inusual, a menos que se deposite para su custodia en la caja fuerte ignífuga mantenida por WRMC y evidenciada de un recibo documental emitido por WRMC.

Grabación de pacientes prohibida. Entiendo que no se me permite tomar fotos o hacer grabaciones de video o audio de mi atención, otros pacientes, visitantes, empleados de Washington Regional, médicos o estudiantes en las instalaciones de Washington Regional.

ACUERDO DE PAGAR POR SERVICIOS

Acuerdo Financiero. En consideración a los servicios que se prestarán al paciente, prometo individualmente pagar la cuenta del paciente a las tarifas establecidas en la lista de precios del hospital (conocida como el "Charge Master") ya que los mismos vigentes a partir de la fecha en que se procesa el cargo por el servicio prestado, que las tarifas se incorporan expresamente por referencia como el plazo de precio de este acuerdo. Algunos artículos especiales tendrán un precio por separado si no hay precio indicado en el Charge Master.

Estimados. Una estimación de los cargos anticipados por los servicios que se proporcionarán al paciente está disponible bajo petición. Las estimaciones pueden variar significativamente de los cargos finales basados en una variedad de factores, incluyendo, pero no limitado a, el curso del tratamiento, la intensidad de la atención, las prácticas médicas, y la necesidad de proporcionar artículos o servicios adicionales. Las estimaciones de los gastos de su bolsillo también pueden variar debido a cualquier cambio en la información del seguro. Washington Regional no será responsable de ninguna información inexacta u obsoleta disponible o presentada en el momento en que se dé una estimación.

Profesional los servicios proporcionados por contratistas independientes no están incluidos ni son parte de la cuenta de Washington Regional. Estos servicios serán facturados al paciente por separado por el proveedor de servicios. Entiendo que los médicos u otros proveedores de atención médica pueden ser llamados a proporcionar atención o servicios a mí o en mi nombre, pero que yo pueda No ver ni ser examinado por todos los médicos o profesionales de la salud que participan en mi atención. Por ejemplo, es posible que no vea médicos o profesionales de la salud aliados que proporcionen servicios de patología, radiología, anestesiología o neuromonitorización para mi beneficio. Entiendo que, en la mayoría de los casos, habrá un cargo separado por los servicios profesionales prestados por los médicos a mí o en mi nombre, y que recibiré una factura por estos servicios profesionales que es independiente de la factura por los servicios hospitalarios.

WRMC proporcionará un examen de detección médico a cualquier persona que acude al departamento de emergencias para determinar si hay una condición médica de emergencia sin tener en cuenta la capacidad de pago de un paciente. Si se determina que existe una condición médica de emergencia, WRMC proporcionará tratamiento estabilizador dentro de su capacidad y capacidad u organizará una transferencia apropiada, todo de acuerdo con la ley aplicable. Sin embargo, el paciente entiende que si el paciente no califica para asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera de WRMS, el paciente no es eximido de su obligación de pagar por estos servicios.

Si se proporcionan suministros y servicios a un paciente que tiene cobertura a través de un programa de seguro médico gubernamental o ciertos planes de seguro médico privado con los que Washington Regional tiene acuerdos contractuales, Washington Regional puede aceptar un pago con descuento por esos suministros y servicios. En este caso, cualquier pago requerido por el paciente será determinado por los términos del programa gubernamental aplicable o acuerdo de seguro de salud privado. Si el paciente no está asegurado y no está cubierto por un programa de atención médica gubernamental, el paciente puede ser elegible para tener su cuenta descontada o perdonada de acuerdo con los términos de las políticas de descuento no asegurados de Washington Regional aplicables o la Asistencia Financiera y Recaudación de Washington Regional. Entiendo que puedo encontrar información adicional sobre cómo solicitar dicha asistencia en la *Guía de Información del Paciente* bajo el encabezado "Asistencia Financiera".

También entiendo que Washington Regional, como cortesía para mí, puede facturar a mi compañía de seguros, plan de beneficios de salud u otro pagador no gubernamental con respecto a los servicios y bienes proporcionados por Washington Regional, pero que Washington Regional puede no estar obligado a hacerlo. Excepto según lo prohíba la ley o por acuerdo escrito de Washington Regional, acepto pagar cualquier cargo no cubierto y los cargos cubiertos no pagados en su totalidad por cualquier seguro aplicable y / o plan de beneficios de salud, incluyendo cargos pagaderos como coseguro, deducibles y beneficios no cubiertos debido a las limitaciones de la póliza y / o plan, exclusiones, y / o incumplimiento con los requisitos de seguro y / o plan. Además, estoy de acuerdo en que cualquier saldo de crédito resultante del pago de seguros u otras fuentes puede ser aplicado por Washington Regional a cualquier otra cuenta adeudada a Washington Regional por mí.

Asignación de Beneficios. En consideración a los servicios médicos que me proporciona Washington Regional, y como consideración adicional para la prestación de esos servicios médicos por parte de Washington Regional a mí sin necesidad de pago completo al concluir el servicio, por la presente hago los siguientes acuerdos relativos a la asignación de beneficios a los que puedo tener derecho bajo los términos de cualquier plan de seguro o póliza aplicable, incluyendo, sin limitación, seguro de salud, plan de salud grupal, plan de beneficios médicos patrocinado por el empleador, plan de beneficios patrocinado por terceros, seguro de responsabilidad civil, pagos médicos por accidentes/PIP/lesiones corporales o póliza de automovilista no asegurado/ con seguro insuficiente.

Por la presente, **asigno y transmito irrevocablemente** a Washington Regional, como mi representante autorizado designado, el derecho a recibir y solicitar el pago de todos los beneficios médicos y/o reembolso del seguro, si corresponde, pagables por servicios médicos, tratamientos, procedimientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por Washington Regional para la(s) fecha(s) de servicio indicada en el presente documento, y el tratamiento y servicios futuros, independientemente de su estado de participación de la red de atención. Esta Asignación de Beneficios se aplicará a toda cobertura de seguro, incluidos, entre otros, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, sus intermediarios, transportistas o contratistas administrativos, programas estatales de Medicaid o cualquier otro seguro gubernamental o comercial. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de cualquier seguro o pago de beneficios aplicable. Por la presente autorizo a Washington Regional a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, autorizo a mi administrador del plan, fiduciario, asegurador y/o abogado a liberar a Washington Regional todos y cada uno de los documentos del plan, descripción resumida del beneficio, póliza(s) de seguro y/o información de acuerdo a petición escrita de Washington Regional o sus abogados con el fin de reclamar dichos beneficios médicos.

Además, **asigno y transmito irrevocablemente** a Washington Regional cualquier reclamación legal o administrativa o causa de acción que surja bajo cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios médicos patrocinado por el empleador, seguro médico o seguro de responsabilidad civil de terceros con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, procedimientos, terapias y/o medicamentos que recibí de Washington Regional (incluyendo cualquier derecho a perseguir esas reclamaciones o elecciones legales o administrativas en acción). Esto constituye una asignación expresa y consciente de la violación de ERISA o reclamaciones de derechos fiduciarios y otras reclamaciones legales y/o administrativas. Además de la asignación de los beneficios médicos y/o reembolso del seguro anterior, también **asigno y transmito irrevocablemente** a Washington Regional todos los derechos, títulos e intereses en beneficios pagaderos de cualquier

reclamación o acción de responsabilidad de terceros que tenga contra cualquier otra persona, entidad o compañía de seguros, o fuera de recuperación bajo las disposiciones del automovilista no asegurado o las disposiciones de pago médico de cualquier póliza de seguro de automóvil(les) o cualquier otra póliza de seguro en virtud de la cual pueda tener derecho a recuperar. Sin embargo, siempre que dicha cesión no exceda del importe cobrado por los servicios prestados.

En complemento de lo anterior, por la presente **nombre irrevocablemente** a Washington Regional como mi representante autorizado para perseguir cualquier reclamo, penalidad y remedio administrativo y/o legal en mi nombre para el cobro contra cualquier pagador responsable, planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador, portador de responsabilidad de terceros o cualquier otro tercero responsable por cualquier y todos los beneficios que me adeudan por el pago de cargos asociados con mi atención médica y tratamiento. Esta asignación no se interpretará como una obligación de Washington Regional de perseguir dicho derecho de recuperación. Reconozco y entiendo que mantengo mi derecho de recuperación contra mi aseguradora o plan de beneficios de salud y la asignación anterior no me despoja de ese derecho.

Acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar a Washington Regional a cobrar el pago de cualquier pagador responsable, planes de beneficios médicos patrocinados por empleador, transportistas de responsabilidad de terceros u otras partes responsables en caso de que Washington Regional decida cobrar dichos pagos, presentar una demanda en contra tales compañías de seguros o terceros responsables. Si recibo el pago directamente de cualquier fuente por los cargos médicos asociados con mi tratamiento en Washington Regional, reconozco que es mi deber y responsabilidad pagar inmediatamente cualquier pago de este tipo a Washington Regional.

Entiendo plenamente que mi obligación financiera con Washington Regional no depende de ningún acuerdo, reclamación, juicio o veredicto que pueda ser recuperado, y que soy y sigo siendo plenamente responsable del pago de todos los cargos incurridos por el tratamiento médico y la atención que me proporciona Washington Regional. Cualquier retraso en el intento de recuperar el pago o ejercer cualquier derecho a perseguir cualquier fuente de pago no se considerará una renuncia a dicho derecho a perseguir el pago directamente.

Medicare/Medicaid/Certificación de Seguro, Asignación y Solicitud de Pago. Se me ha informado de que Medicare solo pagará por los servicios que determine que son razonables y necesarios bajo la Sección 1862(a)(1) de la Ley del Seguro Social. Certifico que la información proporcionada por mí o por mi representante autorizado al solicitar el pago de mi atención médica bajo los programas Medicare o Medicaid es correcta. Solicito que se le aporte el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado de Washington Regional correspondiente en mi nombre.

Colección de terceros. Reconozco y entiendo que si no pago los cargos incurridos por mí por la atención médica y el tratamiento proporcionado por Washington Regional, Washington Regional emprenderá actividades de recolección de acuerdo con los términos de *la Política de Asistencia y Recaudación Financiera* de Washington Regional, una copia de la cual se puede obtener en www.wregional.com/main/financial-assistance, que las actividades pueden incluir la asignación de mi cuenta vencida a una terceros agencia de recaudación y el inicio de Actividades Extraordinarias de Recaudación tal como se definen en *la Política de Asistencia Financiera y Recaudación*. Además, reconozco y acepto que en el caso de que Washington Regional o una agencia de cobro de terceros a quien Washington Regional asigne mi(s) cuenta(s) pendiente(s) inicien esfuerzos de cobro para recuperar cualquier cantidad adeudada por mí, entonces, además de la cantidad pendiente adeudada e incurrida por mí para atención médica y tratamiento, pagaré, en la medida permitida por la ley, todos y cada uno de los costos incurridos por Washington Regional o su cesionario en la búsqueda de la recolección, incluyendo los costos judiciales, antes y después de la sentencia intereses y honorarios razonables del abogado. Reconozco, consiento y acepto que los tribunales federales o estatales situados en el Condado de Washington, Arkansas servirán como el lugar adecuado para cualquier procedimiento legal presentado para recoger cualquier cantidad adeudada por mí para la atención médica y el tratamiento prestado por Washington Regional.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Estoy de acuerdo en que, para que Washington Regional, o la agencia de cobro de terceros autorizada de Washington Regional, arrenda mi cuenta o recoja cualquier cantidad que pueda adeudar, acepto expresamente y consiento que Washington Regional o sus agentes autorizados puedan comunicarse por teléfono o mensaje de texto en cualquier número de teléfono que he proporcionado o que esté asociado de otro modo con mi cuenta y que dicha comunicación pueda resultar en mi incurrir en cargos por la llamada o mensaje de texto. Entiendo, reconozco y acepto que las agencias de cobro de terceros autorizadas de Washington Regional pueden ponerse en contacto conmigo mediante dispositivos de marcado automático y a través de mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales o mensajes de correo de voz. Además, estoy de acuerdo en que las agencias de cobro de terceros autorizadas de Washington Regional y Washington Regional pueden ponerse en contacto conmigo mediante correo electrónico en cualquier dirección de correo electrónico que proporcione a Washington Regional o que esté asociada con mi cuenta.

Presentación del Consentimiento al Acuerdo de Atención Médica. Reconozco que se me presentarán estos Términos y Condiciones de Servicio: Consentimiento General y Acuerdo Financiero (a) por cada visita que hago a WRMC, ya sea un encuentro con el departamento de emergencias, hospitalización ambulatoria o internación hospitalaria, y una vez cada doce meses donde visito una clínica especializada regional de Washington o una clínica médica.

CERTIFICACION DEL PACIENTE:

HE LEIDO, ENTIENDO Y TOTALMENTE ACEPTO cada una de las declaraciones anteriores y firmo a continuación como mi acto libre y voluntario. **ADEMÁS RECONOZCO** que se me ha proporcionado la *Guía de Información al Paciente de Washington Regional* y el *Aviso de Prácticas de Privacidad de Washington Regional*

FIRMA DEL PACIENTE FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE FECHA

FIRMA DEL TESTIGO FECHA

RELACION AL PACIENTE

F INANCIEROS R ESPONSABILIDAD A CUERDO POR GUARANTOR:

Acepto aceptar la responsabilidad financiera por los servicios médicos prestados al paciente y acepto y acepto los términos del acuerdo financiero, la asignación de beneficios, la recaudación de terceros y el consentimiento para llamadas telefónicas Párrafos de comunicaciones establecidos anteriormente.

GARANTE FECHA

FIRMA DEL TESTIGO FECHA