

A&A – AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN (Consentimiento para Responsabilidad Financiera y Operaciones de Atención Médica)

Atención médica de la Universidad de Iowa (UI Health Care)

200 Hawkins Drive, HSSB Suite 100, Iowa City, IA 52242

Teléfono: 866-393-4605; Fax: 319-356-2862; Correo electrónico: him-consentform@uiowa.edu

Nombre legal del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

University of Iowa Health Care (UI Health Care), para los propósitos de este consentimiento, incluye todos los hospitales, consultorios de proveedores y otras instalaciones que brindan servicios de atención médica las cuales forman parte de UI Health Care.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN Y PAGO DE BENEFICIOS: Autorizo específicamente a UI Health Care a enviar información médica sobre diagnósticos, tratamientos, consultas, recetas e historial médico a mi compañía de seguros, Medicare u otro pagador externo o sus agentes o representantes autorizados con el fin de determinar los beneficios y facilitar el pago. Esta autorización incluye el intercambio de información con los proveedores de ambulancias para facilitar la facturación y el pago de los pacientes transportados a UI Health Care. Esta autorización permite la divulgación de información pasada y futura y expirará después de que ya no sea paciente de UI Health Care, a menos que el paciente o la persona legalmente autorizada la cancele antes.

Este consentimiento es voluntario. Si cancelo este consentimiento en una fecha posterior, debo enviar una notificación por escrito al Director de Administración de Información de Salud a la dirección anterior. Si se cancela este consentimiento, entiendo que la información puede haber sido divulgada antes de la cancelación, y esa acción no se consideraría una violación de la confidencialidad. También reconozco: 1) los destinatarios de esta información pueden volver a divulgar la información sin la debida autorización, y 2) una vez que se divulga la información, es posible que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o hacer preguntas comunicándome con el Director de Administración de Información de Salud en la dirección anterior. Me han ofrecido una copia de esta autorización.

UI Health Care no requiere que se complete este formulario como condición de evaluación o tratamiento. Sin embargo, cuando la evaluación o tratamiento solicitado sea únicamente con el propósito de crear un informe médico para un tercero, si no se proporciona la autorización para divulgar la información a ese tercero, puede resultar en la cancelación de esos servicios. Entiendo que la información puede divulgarse electrónicamente y puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que niegue específicamente la divulgación (**marque cualquier categoría que no autoriza se divulgue**). Si marca cualquiera de las categorías a continuación, es posible que se le facture directamente en lugar de facturar a su seguro por los servicios prestados.

Consumo de sustancias* Salud mental Información de VIH Pruebas/información genética**

*Se le ha divulgado información de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros). **Se refiere a las pruebas genéticas para detectar posibles problemas de salud futuros, no se refiere a las pruebas para diagnosticar o tratar afecciones de salud actuales.

USO Y DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DE PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE

SUSTANCIAS: Si recibo tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias en un programa de UI Health Care, doy mi consentimiento para que el programa divulgue estos expedientes a otras personas dentro de UI Health Care y a otras afiliadas de UI Health Care para fines de mi tratamiento, mejora de la calidad, otras operaciones de atención médica, y coordinación de la atención. Este consentimiento expirará después de que ya no sea paciente de UI Health Care. Puedo cancelar este consentimiento comunicándome con el Director de Administración de Información de Salud a la dirección anterior en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa, UI Health Care u otros afiliados de UI Health Care ya hayan actuado en base a mi consentimiento.

CERTIFICACIÓN Y CESIÓN DE SEGUROS: Por la presente certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social y/o por cualquier otro tercero pagador es correcta. UI Health Care hará esfuerzos de buena fe para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad al proporcionar apropiadamente información de salud a los pagadores, incluyendo la revisión de la cobertura activa no comunicada previamente a UI Health Care para solicitar el pago en nombre del paciente. Asigno a UI Health Care, sujeto a aceptación, todos los beneficios por la atención que se me debe bajo los términos de dichas políticas y programas, pero sin exceder los cargos regulares por servicios similares. Asigno el pago al (los) proveedor(es) que presta(n) servicios médicos y asigno el pago de los cargos no pagados del (los) proveedor(es) por quien UI Health Care está autorizado a facturar en relación con sus servicios. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible de seguro médico, coseguro o cualquier otro gasto incurrido que no sea pagado por ninguna aseguradora u otro pagador externo.

Entiendo que, a menos que la ley aplicable exija lo contrario, UI Health Care no acepta la asignación de beneficios para planes de pagadores de terceros o planes de precios basados en referencias con los que no tiene contrato. Si UI Health Care no tiene contrato con mi aseguradora o plan de precios basado en referencias, entiendo que puedo ser responsable de los cargos asociados con mi atención. Entiendo que cualquier pago parcial que UI Health Care pueda aceptar de un tercero no contratado o el pagador de la parte o el plan de precios basado en referencias no constituye un acuerdo y satisfacción y no es un reconocimiento de que UI Health Care acepta dicho pago como pago total por cualquier saldo pendiente de atención médica. Entiendo que se me puede facturar la diferencia entre el cargo y la cantidad que mi aseguradora no contratada o mi plan de precios basado en referencias está dispuesto a pagar. Entiendo que debo pagar todos los cargos incurridos si carezco de cobertura de seguro y puedo comunicarme con UI Health Care para trabajar con ellos e identificar las opciones financieras disponibles para mí. Acepto pagar por los servicios no cubiertos o los servicios no cubiertos como resultado de mi falta de obtención de la autorización previa para el tratamiento requerido por dicho pagador o los servicios acordados que el pagador considere médicamente innecesarios.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE Y MEDIGAP: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y/o Medigap se haga a mi nombre por cualquier servicio que me haya proporcionado UI Health Care, incluidos los servicios de proveedores. Autorizo a cualquier titular de información médica y de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y/o a la aseguradora Medigap y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

INFORMACIÓN DE PAGO POR SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL RELACIONADA CON EL EMPLEO: Solicito a UI Health Care y/o sus afiliados que facturen al empleador todos los costos asociados por evaluación o tratamiento relacionados con los servicios de salud ocupacional y presentaré reclamos en mi nombre a nuestra compañía de seguros de compensación para trabajadores, si corresponde. Autorizo la divulgación de información de salud en la medida necesaria para cumplir con los requisitos del empleado/empleador para obtener el pago de los servicios de salud ocupacional.

FOTOGRAFÍA Y/O GRABACIÓN DE VIDEO/AUDIO: Es posible que las personas que lo cuidan necesiten fotografiarlo y/o grabarlo para documentar una afección médica, ayudar con el diagnóstico y/o tratamiento de una afección y/o planificar los detalles de la cirugía. Las fotografías y/o grabaciones de video/audio tomadas por estas razones clínicas no requieren su permiso por escrito. Reconozco que UI Health Care es un centro médico académico que se somete constantemente a esfuerzos de mejora continua, así como a cumplir con sus misiones académicas y de enseñanza. Doy mi consentimiento para que mi imagen sea capturada en formato de fotografía, video y/o audio para ser utilizada con fines de operaciones internas de atención médica. Si UI Health Care tiene la intención de usar fotografías, videos y/o audios capturados para otros propósitos que no sean operativos internos, UI Health Care debe obtener mi autorización por escrito de conformidad con la política aplicable de UI Health Care.

PROPIEDAD PERSONAL/OBJETOS DE VALOR: Entiendo que UI Health Care recomienda que las pertenencias personales se envíen a casa con un familiar/amigo. UI Health Care no será responsable por el robo, pérdida o daño de mi propiedad personal, que incluye, pero no se limita a, dinero, joyas, anteojos, dentaduras postizas, audífonos, prendas de vestir u otros artículos de valor inusual. Entiendo que puede haber opciones de almacenamiento disponibles para mi uso. Asumo la responsabilidad por todos mis bienes personales y objetos de valor y libero la responsabilidad de UI Health Care de estos.

COMUNICACIÓN INALAMBRICA: Doy mi consentimiento y autorizo a UI Health Care y sus agentes a:

- Comunicarse conmigo a cualquier número de teléfono, incluyendo números de teléfono móvil, direcciones de correo o identificadores electrónicos únicos o modos que proporcioné a UI Health Care en cualquier momento asociados conmigo o con mi cuenta;
- Comunicarse conmigo usando cualquier medio de comunicación actual/futura, incluyendo pero no limitado a, sistemas de marcación telefónica automatizada, mensajes artificiales o pregrabados, mensajes de texto SMS u otras formas de mensajes electrónicos; por cualquier razón relacionada con los servicios recibidos en UI Health Care o los servicios recibidos en UI Health Care en el futuro, incluidas las operaciones y los asuntos de calidad, como las encuestas de satisfacción de los pacientes y el cobro de los importes adeudados por mi cuenta; y
- Dejar mensajes de contestador automático y correo de voz, conforme con las leyes aplicables, por cualquier motivo relacionado con los servicios provistos ahora o en el futuro, por UI Health Care, incluyendo operaciones y asuntos de calidad, como encuestas de satisfacción del paciente, y cobro de cantidades adeudadas en mi cuenta.

Estoy de acuerdo en notificar de inmediato a UI Health Care si cualquier teléfono, dirección de correo u otra información electrónica o modos de contacto que ofrecí a UI Health Care cambian o ya no los uso.

NO DISCRIMINACIÓN: UI Health Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UI Health Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UI Health Care proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con UI Health Care, incluyendo:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que incluyen intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si usted cree que UI Health Care no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: Joint Office for Compliance, 200 Hawkins Drive, HSSB Ste. 200, Iowa City, IA 52242, 319-353-8600, compliance@healthcare.uiowa.edu.

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Oficina Conjunta de Cumplimiento está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Depto. de Salud y Servicios Humanos, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: Dept. de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Las instrucciones sobre cómo presentar una queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Certifico que he leído este consentimiento y, al firmar a continuación, declaro que la información proporcionada por mí es precisa a mi leal saber y entender.

Firma: NO FIRMAR – SOLO ES DOCUMENTO DE REFERENCIA **Fecha:** _____ **Hora:** _____
(Paciente o persona legalmente autorizada para dar su consentimiento por el paciente)

(Nombre del paciente o persona legalmente autorizada para firmar)

(Relación con el paciente o persona legalmente autorizada)