



Condición para la Admisión

1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

El abajo firmante otorga su consentimiento para los procedimientos que puedan realizarse, incluyendo tratamientos o servicios de emergencia, los cuales pueden incluir, sin limitaciones: cuidados generales, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, tratamientos/procedimientos médicos o quirúrgicos y anestesia. No será responsable por pérdidas o daños de dinero, objetos de valor, propiedad personal y/o la ropa. Entiendo que Centro Quirúrgico Summit tendrá el derecho cualquier momento para negarse a admitir o proporcionar atención médica o tratamiento.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El abajo firmante acepta que, en la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad de pago y para obtener reembolsos, el Centro Quirúrgico Summit puede divulgar parte de los registros de los pacientes, incluyendo sus registros médicos, a cualquier persona o empresa que sea o pudiese ser responsable de parte o todos los cargos del Centro Quirúrgico Summit, incluyendo, sin limitaciones, compañías de seguros, planes de servicios de salud o administradoras de las compensaciones de los trabajadores. El abajo firmante autoriza la divulgación de registros y/o información médica tanto desde el Centro Quirúrgico Summit como hacia él, para fines de atención médica continua.

3. ACUERDO DE FINANCIAMIENTO

El abajo firmante acepta que, ya sea que firme como agente o como paciente, considerando los servicios prestados al paciente, él/ella se obliga individualmente a pagar la cuenta del Centro Quirúrgico Summit conforme a las tarifas regulares y a los términos de las instalaciones. Si la cuenta debe ser transferida a un abogado o a una agencia de cobranzas, el abajo firmante pagará las tarifas de abogados correspondientes y los gastos de cobranza. Toda cuenta no paga acumulará intereses según la tasa que establece la ley.

Si el abajo firmante es paciente de Medicare, sabe que Medicare podría negar el pago. Si Medicare negara el pago, él/ella acepta hacerse personal y totalmente responsable del pago.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

El abajo firmante autoriza, ya sea que firme como agente o paciente, el pago directo al Centro Quirúrgico Summit de cualquiera de los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a favor del abajo firmante por los servicios prestados. Se conviene que el pago al Centro Quirúrgico Summit, conforme a esta autorización, por medio de una compañía de seguros, deberá eximir de toda obligación a dicha compañía de seguros, conforme a la póliza por el monto de dicho pago. El abajo firmante comprende que el/ella es responsable del financiamiento de los cargos no cubiertos por este contrato.

5. ARBITRAJE

Se entiende que cualquier disputa que resulte de mala práctica médica, es decir donde cualquiera de los servicios médicos prestados en virtud del presente contrato hayan sido innecesarios o no autorizados, o hayan sido prestados en forma inadecuada, negligente o incompleta, será determinada sometiéndola a arbitraje según lo establece la legislación de California, y no por medio de una demanda o proceso en la corte, excepto en la forma en que la legislación de California establece la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Al celebrar el presente contrato, ambas partes del mismo renuncian a su derecho constitucional de hacer que cualquiera de dichas disputas sea resuelta por una corte de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso de arbitraje. Dicho arbitraje deberá estar de acuerdo con el Reglamento de Arbitraje de la Asociación de Hospitales de California – Asociación Médica de California (hay copias disponibles a solicitud). El presente acuerdo de arbitraje se aplicará a cualquier reclamación legal o acción civil relacionada con este servicio para pacientes externos en contra del Centro Quirúrgico Summit o sus empleados y cualquier médico que haya acordado, en el momento de su admisión como evidencia mediante el acuerdo por escrito que obra en el expediente de personal médico del médico en cuestión, regirse mediante la presente disposición, a no ser que se encuentren las iniciales del abajo firmante o del paciente a continuación, o a no ser que éste haya sido rescindido mediante notificación por escrito dentro de los 30 días posteriores a la firma. El acuerdo de arbitraje no deberá constituir condición previa para la prestación de servicios bajo el presente acuerdo. Si el paciente o el abajo firmante no aceptan el arbitraje, deberá colocar sus iniciales aquí:

El abajo firmante certifica que ha leído el documento que antecede, que ha recibido copia del mismo, y que es el paciente, el representante legal del paciente, o que está debidamente autorizado por el paciente como agente del mismo para firmar el documento que antecede y aceptar sus términos.

NOTA:

AL FIRMAR EL PRESENTE CONTRATO (REVERSO), USTED ACEPTA QUE CUALQUIER DECISIÓN RELATIVA A MALA PRÁCTICA MÉDICA SEA RESUELTA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO ANTE JURADO/EN LA CORTE, A NO SER QUE HAYA COLOCADO SUS INICIALES EN EL PUNTO # 5 QUE ANTECEDE.

6. PÉRDIDO O ROBO DE OBJETOS PERSONALES

Summit Surgery Center no se hace responsable por la pérdida, daños o robó de objetos personales en las instalaciones del Centro. Todos los efectos personales son de la responsabilidad del paciente.

Aceptación del Cheque del Seguro

Por favor lea la siguiente información con respecto a su responsabilidad de financiamiento por su procedimiento quirúrgico en el Centro Quirúrgico Summit ("SSC") y confirme que comprende esta información firmando a continuación.

- El SSC remitirá un reclamo de indemnización a su proveedor del seguro por concepto de uso de nuestras instalaciones durante su procedimiento.
- Su proveedor del seguro puede enviarle un cheque directamente a usted. Por favor entienda que todo cheque enviado a usted por concepto de servicios prestados por SSC deberá endosarlo a SSC y devolverlo a nuestras oficinas inmediatamente. Si el cheque no es devuelto a nuestras instalaciones, será incluido en su saldo pendiente. Por favor note que el cheque de su proveedor del seguro es independiente de su parte como paciente.
- Por favor recuerde que las tarifas del SSC son por concepto del uso de nuestras Instalaciones. Recibirá cuentas por separado de su Médico y Anestesiólogo.

Aceptación del Aviso de Privacidad

Me han ofrecido y he revisado una copia de la Notificación de Privacidad por parte del Consultorio del Cirujano y/o del Centro Quirúrgico Summit de Santa Barbara.

Regulaciones sobre Robo de Identidad

En cumplimiento con la legislación reciente relacionada con el robo de identidad, nuestro centro está obligado a verificar la identidad de cada paciente antes de atenderlo. Por favor traiga consigo un documento de identificación con una fotografía reciente (Licencia de Conducir, Documento de Identidad, Pasaporte, etc.) a la cita. Si es menor de edad y no tiene un documento de identificación con una fotografía reciente, podemos aceptar en su lugar, el documento de identificación de un padre o tutor. Si no tiene un documento de identificación con una fotografía reciente por cualquier otro motivo, tendrá que venir con alguna persona a su cita, que pueda verificar y atestiguar su identidad, y necesitaremos una copia de su documento de identificación con fotografía.

He leído las Condiciones de Admisión, la Confirmación del Cheque del Seguro y la Confirmación de Notificación de Privacidad que se me han entregado.

He recibido la información en un idioma que entiendo y se me ha dado oportunidad de hacer preguntas sobre:

- **Instrucciones Anticipadas**
- **Mis Derechos Como Paciente**
- **La Condición de mi Médico como Co-Propietario de este Centro de Cirugía Ambulatoria**

He leído este paquete de información antes de la fecha de la cirugía. Fecha de revisión: _____

Nombre del Paciente: _____

Paciente o Representante: _____ Relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ am / pm