

# SONOMA VALLEY SPECIALTY CLINIC

## ***Términos del acuerdo financiero y cesión de beneficios del seguro***

### *Acuerdo financiero*

Los pacientes aceptarán pagar con prontitud todas las facturas de la Clínica de Especialidades del Valle de Sonoma de acuerdo con las tasas de reembolso enumeradas en el maestro de descripción de cargos de la clínica. El paciente entenderá que puede revisar el maestro de descripción de cargos de la clínica antes (o después) de recibir los servicios de la clínica. Todos los servicios ordenados por su médico y realizados en otro lugar están sujetos a facturación por separado. Si alguna cuenta se remite a cualquier abogado o agencia de cobro para su cobro, el paciente pagará los honorarios reales del abogado y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal, salvo que lo prohíba la ley.

### *Cesión de Beneficios del Seguro*

El paciente asignará y autorizará el pago directo a la clínica de todos los beneficios del seguro y del plan de salud pagaderos por el servicio en la clínica. Los pacientes aceptarán que la aseguradora en el pago del plan a la clínica de conformidad con esta autorización cumplirá con sus obligaciones en la medida de dicho pago. Los pacientes entenderán que son financieramente responsables de los cargos no pagados según esta asignación, en la medida permitida por las leyes estatales y federales.

## ***Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad de la información de salud***

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Sonoma Valley Hospital y su personal médico crean, reciben y mantienen registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Entiendo que Sonoma Valley Hospital y su personal médico pueden utilizar y divulgar mi información de salud para llevar a cabo mi atención y tratamiento, para obtener pagos y para las operaciones de atención médica de Sonoma Valley Hospital. Se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la información de salud de Sonoma Valley Hospital que proporciona una descripción de los usos y divulgaciones de la información, y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entendí. Entiendo que tengo derecho a revisar este aviso antes de firmar este reconocimiento; además, entiendo que Sonoma Valley Hospital se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en su Aviso de prácticas de privacidad de la información de salud y que cualquier cambio puede aplicarse retroactivamente a la información creada mientras el Aviso actual esté vigente.

Entiendo que puedo obtener una copia del Aviso revisado enviando una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos de Sonoma Valley Hospital, solicitando una en persona u

obteniendo una copia del sitio web de Sonoma Valley Hospital [www.sonomavalleyhospital.org](http://www.sonomavalleyhospital.org). Entiendo que tengo derecho a “optar por no participar” en el uso de mi información médica para fines de directorio; además, entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y que Sonoma Valley Hospital no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas; Si Sonoma Valley Hospital acepta las restricciones solicitadas, Sonoma Valley Hospital no utilizará ni divulgará información sobre usted de ninguna manera contraria a los términos de las restricciones. Por la presente reconozco que he sido informado de mis derechos y que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la información médica de Sonoma Valley Hospital que detalla el uso previsto de mi información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo la práctica manejará mi información de salud. Esta descripción escrita, conocida como Aviso de prácticas de privacidad, describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Además, entiendo que es política del consultorio seguir todas las leyes federales y estatales y los requisitos de presentación de informes relacionados con el robo de identidad. Específicamente, esta política describe cómo la práctica (1) identificará, (2) detectará y (3) responderá a las "señales de alerta" que, según esta política, incluyen un patrón, una práctica o una cuenta específica o una actividad de registro que indica posible robo de identidad. Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad está disponible para mí cuando lo solicite y que es política del consultorio revisar y actualizar estas políticas al menos una vez al año, de las cuales puedo tener una copia de las actualizaciones si lo solicito. Al firmar a continuación, acepto haber revisado y comprendido la información anterior.

\_\_\_\_\_ **AVISO:** Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California (Medical Board of California) Para consultar una licencia o presentar una queja diríjase a:  
Web: [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov) | Correo electrónico: [Licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:Licensecheck@mbc.ca.gov)  
Llame al: (800) 633-2322

### \_\_\_\_\_ **POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS DE “NO PRESENTACIÓN”**

Si no puede asistir a su cita, llámenos lo antes posible. Como cortesía, se le realiza o intenta realizar una llamada para recordarle la cita 1 o 2 días hábiles antes de la cita programada. Sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a tiempo a la cita. Hacemos todo lo posible para brindar una atención oportuna y eficiente, por lo que le pedimos que extienda la misma cortesía.

### **POR FAVOR REVISE LA SIGUIENTE POLÍTICA:**

#### **PARA VISITAS A LA OFICINA:**

- Notifíquenos antes de la 1:00 p. m. del día hábil anterior a su cita programada en el consultorio o visita de telemedicina si necesita reprogramarla. Las citas que se reprogramen o cancelen sin este

aviso previo estarán sujetas a un cargo por cancelación tardía de \$35.00. Esto se le enviará como factura y/o la tarifa se cobrará antes de reprogramar la cita.

- Si no hay notificación, entonces esto se considera una “ausencia”. Se aplicará un cargo de \$35.00 por no presentarse. Esto se le enviará como factura y/o la tarifa se cobrará antes de reprogramar la cita.
- Tres “ausencias” requerirán una nueva derivación antes de ser atendido por el cirujano.

#### **PARA OPERACIONES O PROCEDIMIENTO:**

- Reprogramar operaciones/procedimiento con al menos CUATRO (4) días hábiles de antelación llamando a nuestra oficina. No llames al hospital. (Por ejemplo, si su operación es un martes, deberá notificarnos antes de la 1:00 p. m. del miércoles anterior). Se aplicará un cargo de \$250.00 O cancelación por cancelaciones tardías o “no presentarse” a las operaciones. Este será facturado y cobrado antes de reprogramar la operación/procedimiento.
- Las llegadas más de 15 minutos después de la hora de la cita se consideran TARDE.
- Las citas en el consultorio o las visitas de telesalud deberán reprogramarse.
- Las citas hospitalarias se adaptarán o reprogramarán a discreción del personal del quirófano.

#### **\_\_\_ AVISO DE TELESALUD**

Nuestra plataforma segura de telesalud audiovisual que cumple con HIPAA se llama doxy.me. Algunas visitas de Telesalud también pueden realizarse por teléfono. Se le dará un enlace específico para la sala de espera virtual del cirujano. Por favor lea lo siguiente. Su firma a continuación brinda su consentimiento para participar en telesalud.

Entiendo que Telesalud es un modo de brindar servicios de atención médica a través de tecnologías de comunicación (por ejemplo, Internet o teléfono) para facilitar el diagnóstico, la consulta y/o la gestión de la atención.

Tengo derecho a la confidencialidad con respecto a mi tratamiento a través de Telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información de salud protegida durante las consultas en persona.

Entiendo que puede ocurrir una falta de comunicación entre mi médico y yo a través de Telesalud y que el médico solo puede hacer recomendaciones basadas en la información que yo, el paciente, he proporcionado.

Entiendo que existe el riesgo de que personas cercanas a mí me escuchen y que soy responsable de utilizar un lugar privado y libre de distracciones o intrusiones.

Entiendo que si mi médico cree que sería mejor para mí una consulta en persona, discutirá esto conmigo. Entiendo que puedo solicitar una consulta en persona en lugar de una visita de Telesalud en cualquier momento.

Entiendo que algunas plataformas de Telesalud permiten grabaciones de video o audio y que ni yo ni mi médico podemos grabar las sesiones sin el consentimiento por escrito de la otra parte.

ACUSE DE RECIBO Y ENTENDIMIENTO DE LAS POLÍTICAS ANTERIORES:

---

Firma

Fecha de hoy

Relación con el paciente