



OUTPATIENT AGREEMENT FORM

**CONTRATO PARA PACIENTES AMBULATORIOS
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS AMBULATORIOS**

Patient Identification Information

Página 1 de 3

Este contrato rige los servicios ambulatorios prestados en las siguientes entidades de salud pertenecientes a Johns Hopkins: Centro Médico Bayview, Consultorios Médicos afiliados a la Facultad de Medicina en la Universidad Johns Hopkins, Hospital General del Condado de Howard, Red de Consultorios Médicos de Johns Hopkins, Servicio de Atención Domiciliaria de Johns Hopkins, Hospital Suburban, Hospital Sibley Memorial, Hospital Infantil All Children's, Agencia de Servicios Médicos Pediátricos, Agencia de Neonatología West Coast, Hospital Johns Hopkins, Centro de Pruebas de Imagen de Johns Hopkins y Centros de Cirugía Ambulatoria de Johns Hopkins.

Principio general: en nuestras entidades de salud no excluimos a nadie ni discriminamos a nuestros pacientes en función de su edad, grupo étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o intelectual, situación económica o social, sexo biológico o expresión, orientación e identidad sexual.

Consentimiento para recibir tratamiento médico: como paciente o representante de este otorgo mi consentimiento para recibir tratamiento en el contexto ambulatorio, a fin de que se evalúe, diagnostique y trate mi situación clínica. Aunque mi estado actual no suponga una urgencia, si el tratamiento indicado comportara riesgos importantes para mi salud, el personal me solicitaría el consentimiento para dicho tratamiento mediante otro documento. Entiendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han conferido garantías sobre los resultados o desenlaces clínicos del tratamiento, las pruebas o los servicios médicos que se me presten.

Divulgación de información a terceros: por medio del presente autorizo, como paciente o representante de este, a Johns Hopkins para que proporcione información sobre mi diagnóstico, entre otros datos clínicos, a la compañía de seguros y a los terceros que correspondan, a fin de establecer la cobertura y tramitar las solicitudes de reintegro y pago. Manifiesto, asimismo, que estoy conforme con que Johns Hopkins o los médicos que me atiendan faciliten mi historia clínica y registros de facturación, en parte o en su totalidad, si estos se precisan para prestar tratamientos, tramitar pagos y realizar actividades relativas a la prestación de servicios y de conformidad con los objetivos que se estipulan en las normas de confidencialidad de Johns Hopkins.

Consentimiento para recibir mensajes: entiendo que, al proporcionar mi número telefónico, celular o correo electrónico, manifiesto mi consentimiento expreso para que Johns Hopkins, su personal, empleados, contratistas, derechohabientes, causahabientes y representantes se comuniquen conmigo a dicho correo electrónico o número de teléfono, o a los correos o teléfonos que facilite en el futuro, y que me envíen mensajes escritos, correos de voz o mensajes de texto sobre asuntos relativos a mi atención médica o a las cuentas o facturas que se relacionen con los servicios prestados. Declaro que los números telefónicos proporcionados me corresponden y no pertenecen a terceros. A fin de lograr una mayor eficacia, entiendo que las llamadas las podría generar un sistema de marcación automático; asimismo, a fin de garantizar la legibilidad, los correos electrónicos y mensajes de texto que se me envíen podrían ir descodificados, lo cual supone el riesgo de que se intercepten durante la transmisión o que otras personas los lean. Por medio del presente declaro que acepto estos riesgos, y que, si no deseo recibir mensajes de texto, puedo darme de baja llamando al 1-800-318-4246. Entiendo que se me prestarán los servicios ambulatorios que precise aunque me niegue a facilitar un número telefónico o correo electrónico.

Médicos que no están en la plantilla del hospital: entiendo que no todo el cuerpo médico está conformado por empleados del sistema de salud; asimismo, manifiesto que estoy conforme con que el médico que me asignen implique a otros profesionales en mi atención, entre ellos, a médicos de guardia, radiólogos, cirujanos, ginecólogos obstetras, patólogos, anestesiólogos, neonatólogos, médicos especialistas en diagnósticos clínicos, asesores y auxiliares de medicina. Doy mi consentimiento para que, bajo la supervisión del médico responsable, y si procede, los médicos en formación, los estudiantes de medicina y otros integrantes del personal clínico observen o se impliquen en los actos médicos que se me realizan. Si no deseo que esto ocurra, debo manifestarlo verbalmente o por escrito.

Prescripción electrónica: autorizo a Surescripts, una red que gestiona las prescripciones médicas de manera electrónica, para que facilite a mis médicos el historial de los medicamentos que tomo habitualmente, de manera que no haya interrupciones en el tratamiento farmacológico.

Pago por la prestación de servicios: autorizo a Johns Hopkins para que le cobre al seguro médico que he contratado las tarifas por los servicios prestados. Si el seguro me reintegrara personalmente el dinero, reconozco que mi obligación sería pagarle directamente a Johns Hopkins. Como paciente, nombro como beneficiario de mis prestaciones sanitarias a los médicos o las entidades que me prestan servicios; por ende, doy mi consentimiento para que el reembolso o pago por parte del seguro médico, la indemnización por delito de lesiones u otras prestaciones se realice directamente a Johns Hopkins y a los médicos que me prestan servicios de salud. Convengo en pagar en su totalidad los deducibles del seguro médico, los coaseguros y los gastos que el seguro o los terceros pertinentes no le reintegren a las entidades prestadoras del servicio. Cedo el derecho de apelación a Johns Hopkins si la compañía de seguros o los terceros pertinentes denegaran la solicitud de reintegro o reembolso por los servicios prestados.

Si Johns Hopkins no tuviera convenio con el seguro médico contratado, los copagos y deducibles serían más altos que si me prestaran atención en centros médicos, consultorios y laboratorios afiliados a mi póliza de seguro. En dicho caso, la cobertura por parte del seguro podría ser inferior, por lo que asumo la responsabilidad de pagar los copagos, deducibles u otros cobros que me correspondan según lo establezca la compañía de seguros, aunque estas cantidades sean superiores por tratarse de servicios que no cubre mi póliza. Entiendo que, en algunos casos, dichos gastos deben pagarse antes de la prestación del servicio.

Los pacientes atendidos en una clínica o en el ámbito ambulatorio pueden recibir múltiples facturas. Al hospital se le permite facturar una tarifa por las visitas ambulatorias, comúnmente denominada "tarifa por el uso de instalaciones", por el uso del espacio o las instalaciones del hospital, las clínicas, suministros, pruebas, procedimientos, equipo y servicios no brindados por médicos, incluyendo, pero no limitados a los servicios de profesionales clínicos que no son médicos. Tengo entendido que todos los servicios profesionales de los médicos se cobran en forma separada de la factura del hospital. Tengo entendido que soy responsable por los cargos de todos los médicos y servicios auxiliares involucrados en mi tratamiento.

Los pacientes que se atienden en los centros de consultas externas y clínicas ambulatorias de Johns Hopkins recibirán varias facturas; una de ellas corresponderá a la tarifa por el uso de las instalaciones hospitalarias, que consiste, de forma enunciativa mas no limitativa, en el uso de espacios, materiales, insumos, aparatos, pruebas, equipos, técnicas y servicios clínicos auxiliares. Entiendo que las tarifas de los médicos se cobrarán de manera independiente a la tarifa por el uso de las instalaciones. Independientemente de la póliza contratada o del reintegro por parte del seguro, asumo la responsabilidad de saldar todas las cuentas y facturas que correspondan a los servicios prestados por los médicos y a aquellos servicios operacionales complementarios

Entiendo que en el estado de Maryland los costos de los servicios hospitalarios se pueden modificar sin previo aviso, y que esto puede ocurrir durante el curso de mi tratamiento ambulatorio. Esta disposición no es aplicable al Hospital Sibley Memorial, ubicado en el Distrito de Columbia, ni al Hospital Infantil All Children's o a las agencias de Servicios Médicos Pediátricos (Pediatric Physician Services, Inc.) y de Neonatología (West Coast Neonatology Inc.), ubicadas en Florida.

Los hospitales ubicados en Maryland ofrecen a los pacientes un descuento por realizar los pagos oportunamente: entiendo que si realizo cualquier pago por gastos hospitalarios el día de la prestación del servicio o antes de este, me podré beneficiar de un descuento del 2 %; si realizo el pago en el plazo de los 30 días siguientes a la fecha de la primera factura o a la fecha de alta, lo que suceda primero, se me otorgaría un descuento del 1 %. Este descuento no se aplica a los pacientes del

CONTRATO PARA PACIENTES AMBULATORIOS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Patient Identification Information

Página 2 de 3

Hospital Sibley Memorial, ubicado en el Distrito de Columbia, ni a los pacientes del Hospital Infantil All Children's o de las agencias de Servicios Médicos Pediátricos (Pediatric Physician Services, Inc.) y de Neonatología (West Coast Neonatology Inc.), ubicadas en Florida.

Manifiesto que soy responsable de pagar en su totalidad los gastos que se deriven de los servicios prestados por los médicos, si el seguro no llegara a cubrirlos o reintegrarlos. Si por falta de pago el hospital transfiera mi deuda al servicio de cobros, me haré responsable de pagar las tarifas que se deriven de las actuaciones que persigan recaudar dicho dinero, entre ellas, los gastos judiciales, los honorarios de abogados, que serían el 15 % de la deuda, y los intereses que determine el juez, si el caso llegara a esta instancia.

ERISA: en caso de que el seguro médico contratado esté amparado por la ley ERISA (Employee Retirement Income Security Act), por medio del presente autorizo a Johns Hopkins para que, actuando en mi nombre, reclame el reintegro del pago según mis prestaciones sanitarias; asimismo, cedo el derecho de apelación a Johns Hopkins si la compañía de seguros denegara la solicitud de reintegro o reembolso por los servicios prestados. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con la normativa y los procedimientos que establezca la póliza del seguro médico que me otorga mi empleador.

Cláusula adicional: entiendo que Johns Hopkins me hará responsable de mis obligaciones como paciente si llegaran a darse las siguientes situaciones, en cuyo caso se me pediría que firme una cláusula adicional a este contrato, denominada en inglés «Privacy Contract».

- (1) Si no obtengo la derivación u orden del médico o la autorización del seguro para la prestación de un servicio que las requiera, aunque tenga cobertura médica para este.
- (2) Si decido pagar de mi bolsillo los costos del servicio, aunque disponga de cobertura médica.
- (3) Si el seguro médico que he contratado no me ofrece cobertura para los servicios que necesito o quiero porque no tiene convenio con Johns Hopkins y yo decido sufragar los gastos por mi cuenta.
- (4) Si el seguro médico no cubre los servicios que se me prestan.

Prestaciones de salud: autorizo a Johns Hopkins para que presente una apelación a la compañía de seguros para que reconsideren su decisión, si llegaran a denegar la cobertura de los servicios médicos que preciso antes de su prestación.

Arbitraje (hospitales ubicados en Maryland): entiendo que tienen competencia para resolver las demandas o reclamaciones que surjan por los servicios prestados por los médicos, el personal de enfermería y los profesionales sanitarios del centro, consultorio o clínica los juzgados y tribunales de Maryland, conforme a sus leyes; asimismo, antes de presentar cualquier demanda por daños y perjuicios relativa a los servicios prestados, me comprometo a resolverla mediante el recurso de arbitraje. El arbitraje es un procedimiento de resolución de controversias consistente en someter una disputa a la decisión de un tercero independiente seleccionado por ambas partes, que se comprometen de antemano a acatar el laudo arbitral. Me queda claro que tendré el derecho de interponer una demanda si no se resuelven mis peticiones mediante el arbitraje. Como se ha mencionado anteriormente, entiendo que cualquier arbitraje, demanda o procedimiento judicial debe presentarse en los juzgados y tribunales de Maryland y que este convenio de prestación de servicios no solo me vincula a mí jurídicamente, sino a cualquier persona o entidad que presente una reclamación o demanda en mi nombre.

Normas de confidencialidad de Johns Hopkins: declaro que he recibido la copia de las normas de confidencialidad de Johns Hopkins, denominadas en inglés *Notice of Privacy Practices*.

Consentimiento para el uso de imágenes fotográficas y grabaciones de vídeo y audio (por sus siglas inglesas, PAVR): declaro que he recibido información sobre el programa de obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de vídeo y audio de John Hopkins y doy mi consentimiento para que se elaboren y usen las fotografías y grabaciones de vídeo y audio de mi persona, o del paciente a quien represento, para fines formativos dentro de la entidad y para mejorar la calidad de la atención. **Anote sus iniciales:** _____ **Autorizo** _____ **No autorizo** _____

Analíticas adicionales: en caso de que algún integrante del personal clínico tenga contacto con mis líquidos corporales durante la administración del tratamiento, doy mi consentimiento para que se me realice la prueba de detección del VIH y autorizo al hospital a que revele los resultados de dicha prueba al empleado afectado, al médico responsable y a mi persona. Entiendo que puedo negarme a que me realicen dicha prueba sin que esto afecte la prestación de servicios ambulatorios. _____ **Autorizo** _____ **No autorizo** _____

Servicio de interpretación: en caso de usar un intérprete, por favor, llene los siguientes campos: _____ **A distancia** _____ **Presencial**.

Código de identificación del intérprete (si el servicio se prestó por teléfono o vídeo): _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre completo del intérprete (en letra de imprenta): _____

Otorgo mi consentimiento respecto a los enunciados anteriores y certifico que la información facilitada, incluidos los datos del seguro médico, es, según mi leal saber y entender, correcta y verdadera. No se permitirán modificaciones a este documento.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del paciente: _____

Si quien firma es el representante para asuntos médicos, el tutor legal, el apoderado, uno de los padres o el cónyuge del paciente (marque la opción correspondiente con un círculo), yo, _____ (nombre en letra de imprenta), declaro que soy el representante del paciente.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del representante: _____

Indique la relación con el paciente: _____

AVISOS IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES DE JOHNS HOPKINS

Patología: convengo en que Johns Hopkins deseche los tejidos o segmentos biológicos que se me extraigan; o que, a su discreción, los conserve, almacene, use y ceda, sin mi permiso expreso, siempre que se empleen en proyectos de formación dentro de la entidad y en programas para mejorar la calidad de los servicios, aunque estos tejidos y segmentos contengan datos personales. Doy mi consentimiento para que Johns Hopkins utilice o ceda a otros los tejidos, segmentos o datos que me identifiquen para proyectos investigativos fuera de la entidad, en este caso, con mi permiso expreso o con la autorización de una junta de asesores que se regirá por las leyes nacionales que protegen dichas actividades. Si los tejidos o segmentos biológicos no contienen datos que me identifiquen, convengo en que Johns Hopkins los utilice en investigaciones sin que sea necesario mi permiso ni la evaluación de una junta de asesores.

CONTRATO PARA PACIENTES AMBULATORIOS CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Patient Identification Information

Página 3 de 3

Patología (hospitales ubicados en Florida): autorizo a Johns Hopkins para que deseche los tejidos, segmentos biológicos o fragmentos de ADN que me extraigan; o que, a su discreción, los conserve, almacene, use y ceda, con el fin de llevar a cabo proyectos de formación dentro de la entidad, investigaciones, mejoras a la calidad de la atención, optimización de las actividades relativas a la prestación de servicios médicos y demás actividades contempladas en las normas de confidencialidad locales y nacionales, aunque dichos tejidos y segmentos contengan datos que me identifiquen.

Efectos personales: Johns Hopkins no se hace responsable por la pérdida, daño o robo de los objetos personales de los pacientes, entre ellos, las tarjetas de crédito, el dinero en efectivo, las dentaduras postizas, las gafas o lentes, las prótesis auditivas, los aparatos electrónicos y los documentos. Los pacientes deben asumir la responsabilidad de sus efectos personales. En nombre del personal, les recomendamos que dejen en sus casas los objetos de valor.

Subsidios de salud: entiendo que Johns Hopkins dispone de programas que permiten el acceso a subsidios de salud, seguros médicos públicos y demás ayudas para los pacientes que no pueden sufragar los gastos hospitalarios. Para solicitar información sobre estos programas de subsidios (en inglés, *financial assistance*), me puedo comunicar con el Departamento de Atención a Pacientes de los hospitales, al 443-997-3370 o 1-855-662-3017. Convengo en que Johns Hopkins revise mi historial crediticio a fin de determinar si reúno los requisitos para beneficiarme de estos subsidios o si puedo pagar los gastos por cuotas. Entiendo que puedo consultar la información sobre los subsidios de salud en el siguiente sitio web: www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/payment_assistance.html. Para consultar si el médico que me atiende en consulta externa ofrece subsidios de salud, debo llamar directamente al consultorio de dicho médico.

Voluntades anticipadas: las voluntades anticipadas son la manifestación oral o escrita de la voluntad del paciente respecto a los servicios médicos que desea que le administren si llega a perder su capacidad para comunicarse o decidir por sí mismo. Para ello, el paciente puede designar a un representante para asuntos médicos, elaborar un testamento vital, manifestar sus voluntades de manera oral o dejar constancia de sus voluntades en caso de necesitar servicios psiquiátricos. Si cuenta con un documento de voluntades anticipadas, entregue una copia al personal de registro, a la enfermera o al médico responsable; asimismo, informe a estos profesionales si no dispone de dicho documento y desea dejar constancia de su voluntad de forma oral, así como si desea anular o modificar un documento de voluntades existente.

Programa de obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio en Johns Hopkins

Información para el paciente: formación interna y mejoras a la calidad de la atención

Sea tan amable de leer atentamente esta sección del contrato de prestación de servicios ambulatorios antes de dar su consentimiento para el programa de obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio (por sus siglas inglesas, PAVR), cuya función es facilitar la realización de controles de calidad internos y la formación de estudiantes y médicos residentes, a fin de mejorar la atención médica en las entidades de salud de Johns Hopkins.

De conformidad con los fines mencionados, las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio se usarían en situaciones como estas:

- **Mejoras a la calidad de la atención: para vigilar mediante sistemas de video la preparación prequirúrgica del paciente, a fin de prevenir infecciones y garantizar que se cumplan los estándares de atención.**
- **Formación de estudiantes y médicos residentes: para enseñar cómo se trata una herida, se canaliza una vena o se realiza un acto médico, por ejemplo.**

Protección de la intimidad del paciente: el personal de Johns Hopkins agradece a los pacientes que nos permita usar las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio para mejorar los servicios que prestamos. Dicho lo anterior, proteger la intimidad de nuestros pacientes y salvaguardar la confidencialidad de la información médica y personal es una de nuestras prioridades; por lo tanto:

- Al utilizar las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, protegeremos de la manera más eficaz la privacidad del paciente y, siempre que se pueda, modificaremos las imágenes y el audio para evitar que se desvele su identidad.
- Nuestro personal le explicará al paciente detalladamente con qué finalidad se usarán las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio y responderá a sus preguntas.
- Si fuera necesario usar las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio para otros fines que no sean mejorar la calidad de la atención y la formación de los estudiantes de medicina y los médicos residentes, solicitaríamos la autorización o el consentimiento expreso del paciente.
- Cabe aclarar que las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio incluyen dibujos, imágenes digitales o electrónicas, películas, entre otro tipo de imágenes.

Resulta fundamental que **entienda sus derechos como paciente** respecto al uso de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio:

- Su consentimiento para usar dichas imágenes y grabaciones es voluntario; si rehúsa darlo, ni su tratamiento o atención se verán afectados.
- Si nos da su consentimiento para el uso de las imágenes y grabaciones, este seguirá vigente mientras se necesiten usar para fines formativos y mejoras a la calidad de la atención y terminará cuando dicha información no se necesite.
- Si no llegara a sentirse cómodo durante la obtención de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, tendrá el derecho de pedirnos verbalmente que suspendamos dicha actividad.
- Si da su consentimiento para la obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio, por medio del presente, renuncia a su derecho de pedir indemnización por daños y perjuicios y a cualquier otro derecho relacionado con dichas imágenes y grabaciones.
- Una vez que se obtengan las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, tiene el derecho de retirar o anular su consentimiento para que estas se usen, enviando un mensaje escrito por correo postal o fax al médico, al centro de salud o al departamento al que dio el consentimiento o directamente al Departamento de Información Clínica. Dicha anulación se aplicaría al uso de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio de cara al futuro. Si los datos personales del paciente se han extraído de las imágenes fotográficas y las grabaciones de video y audio, es posible que la anulación del consentimiento no sea posible.

Por favor, no dude en consultar con el personal de Johns Hopkins sus dudas sobre la obtención de imágenes fotográficas y grabaciones de video y audio. Les agradecemos su confianza en nosotros y su participación en el programa.

