

COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM
RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD E INFORMACION FINANCIERA

Comprendo que tengo el derecho de restringir la manera en que Cook Children's Health Care System y sus compañías afiliadas (en adelante denominados conjuntamente CCHCS) utilizan o divulgan mi información de salud (según se define a continuación) para llevar adelante operaciones de pago, tratamiento o atención médica. Puedo intentar limitar estos usos o divulgaciones al establecer mis restricciones por escrito; sin embargo, entiendo que la ley federal autoriza a CCHCS a negarse a cumplir con tales restricciones y que las restricciones respecto del uso de la información de salud en el caso de operaciones de pago, tratamiento o atención médica pueden impedir que yo reciba servicios médicos en CCHCS.

DIVULGACION DE INFORMACION: Doy mi consentimiento y autorización para que CCHCS y cualquier practicante que brinde servicios y productos médicos al paciente divulguen la información contenida en registros financieros o médicos, incluida aquella relativa al diagnóstico y tratamiento brindado en CCHCS o brindado por cualquier practicante que proporciona servicios y productos al paciente, incluyendo pero no limitado a, información relacionada con enfermedades contagiosas, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hepatitis A, B y C, abuso de drogas/alcohol así como su tratamiento, registros de diagnósticos y tratamientos psiquiátricos y/o resultados de análisis de laboratorio, antecedentes médicos, evolución de tratamientos, y/u otra información relacionada (denominada conjuntamente "información de salud") con los fines de operaciones de pago, tratamiento o atención médica a las siguientes personas u organizaciones:

1. Una compañía de seguros, un plan de salud o de financiamiento propio, sus agentes, representantes, abogados o contratistas independientes, Medicare, Medicaid, o cualquier otra persona o entidad que pudiese ser responsable de pagar o procesar el pago o cualquier parte de mi cuenta de CCHCS, o que lleve a cabo la administración o revisión de la utilización de servicios, así como auditorías financieras y médicas;
2. Cualquier persona o entidad afiliada a CCHCS o que represente a esta institución y cualquier practicante que brinde servicios y servicios médicos a los pacientes con el fin de las operaciones de pago, tratamiento y atención médica;
3. Cualquier otro hospital, centro de reposo u otras instituciones de atención médica a donde se traslade al paciente;
4. Médico de cabecera o familia, tratante, de consulta o que deriva al paciente para hacer un seguimiento, proporcionar información del médico o brindar atención continua, e incluso una compañía de atención domiciliar potencial o actual, personal del centro de atención al cual se hace la derivación o CCHCS.

Asimismo, entiendo que los posibles usos y divulgaciones de mi información de salud se especifican en el Aviso de Privacidad, del cual se me ha entregado una copia. He leído o leeré el Aviso de Privacidad y le haré preguntas a CCHCS en caso de tener dudas sobre la información contenida en dicho aviso. Acepto los usos y las divulgaciones de mi información de salud o la de mi hijo que se describen en el Aviso de Privacidad. Además, comprendo que CCHCS puede modificar el Aviso de Privacidad periódicamente y que puedo obtener el Aviso de Privacidad modificado en cualquier momento comunicándome con el personal administrativo o de registro de CCHCS, o puedo obtener una versión actualizada en www.cookchildrens.org.

Doy mi permiso para que la información de salud se divulgue mediante envío por correo postal de EE. UU., por fax o por otros medios electrónicos. Puedo revocar el presente consentimiento para la divulgación de información de salud por escrito en cualquier momento, a menos que ya se haya actuado basándose en este. En dicho caso, podré revocar el consentimiento para futuras comunicaciones.

Doy mi permiso para que CCHCS y sus agentes, empleados y representantes utilicen la información de contacto, incluyendo números de teléfono celular, que he proporcionado para ponerse en contacto conmigo para el pago (incluyendo, pero no limitado a, llamadas automáticas o pregrabadas de cobro), tratamiento o cualquier otro fin de atención médica.

PARA PACIENTES CON MEDICARE/TRICARE SOLAMENTE: Reconozco que he recibido el material escrito cuyo título es "Un mensaje importante para pacientes con Medicare/Tricare".

ACUERDO FINANCIERO/CESION DE BENEFICIOS Y DERECHOS: Por el presente cedo, transfiero y otorgo de manera irrevocable a CCHCS y a cualquier profesional que nos brinde atención y tratamiento a mí o a mi hijo todos los beneficios, así como los derechos y las pretensiones legales (que incluyen motivos de acciones judiciales, el derecho de exigir pagos y el de apelar una decisión adversa con respecto a beneficios), a los cuales tenga derecho a través de un plan de beneficios de asistencia social para los empleados patrocinado por mi empleador, pólizas de seguro, beneficios, reembolso de terceros o plan de atención médica prepago por los servicios o productos que reciba de CCHCS. Acepto ayudar a CCHCS a procesar las reclamaciones de dichos beneficios, que incluye proporcionar toda la información necesaria a CCHCS o al pagador de forma oportuna. Si mi tratamiento o el de mi hijo se originaron en hechos que derivan en una acción judicial, cedo a CCHCS toda pretensión relacionada con las reclamaciones que yo o mi hijo pudiésemos tener como resultado de los servicios que CCHCS nos brinde o en relación con ellos. Comprendo que los cargos de CCHCS por los servicios brindados o los productos recibidos se establecen en aranceles de CCHCS y, por medio del presente, me comprometo a pagar todos los cargos facturados por todos los servicios que nos hayan brindado a mí o a mi hijo menos cualquier descuento contractual que corresponda. En los casos en los que no se aplique ninguna póliza de seguro o mi compañía de seguro considere que los servicios se brindan fuera de la red de CCHCS, comprendo que puedo ser responsable de todos los cargos facturados. Comprendo que soy responsable de todos los copagos y deducibles del seguro de salud y de cualquier otro monto que me corresponda pagar según lo permita la ley o un contrato. La atención médica caritativa puede estar disponible si se cumplen los criterios de elegibilidad CCHCS.

DESIGNACION DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO: Designo a CCHCS (incluidos sus agentes) como mi representante autorizado, a quien autorizo a actuar en mi nombre para (1) solicitar y recibir una copia de la descripción del resumen del plan; (2) llevar adelante la reclamación de un beneficio; (3) apelar una decisión adversa con respecto a algún beneficio; y/o (4) presentar una acción judicial / de equidad para obtener el pago de beneficios de mi plan de asistencia social como empleado, póliza de seguro, plan de reembolso de terceros o plan de atención médica prepago. Comprendo y acepto que mi representante autorizado tendrá facultades plenas para actuar y recibir notificaciones en mi nombre con respecto a la decisión inicial sobre una reclamación de beneficios de salud relacionados con tratamientos y servicios de atención médica que yo o mi hijo recibamos en CCHCS, así como las solicitudes de documentos relacionados con tal reclamación y la apelación de una decisión adversa respecto de la reclamación. El presente documento tendrá vigencia hasta que yo entregue una revocación por escrito a CCHCS.

PARA PACIENTES CON MEDICAID SOLAMENTE: Entiendo que el monto adeudado a CCHCS por los servicios cubiertos se pagará con las sumas pagadas por Medicaid por tales servicios y que CCHCS no me facturará ningún saldo por los servicios cubiertos por Medicaid. Asimismo comprendo que los servicios o artículos que solicite que se me provean pueden no estar cubiertos dentro del Programa de Asistencia Médica de Texas dentro de la categoría de servicios o productos razonables y médicamente necesarios para mi atención médica o la de mi hijo. Entiendo que la Comisión de Servicios Humanos y Salud de Texas o el agente de seguro de salud que esta tenga determinan la necesidad médica de los servicios o artículos que se reciben. Asimismo comprendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que recibo en caso de que se determine que no son razonables ni médicamente necesarios para mi atención médica o la de mi hijo. En caso de ser paciente con Medicaid STAR, reconozco que tal vez no se apliquen algunas de estas disposiciones.

Por el presente certifico y declaro que tengo la facultad legal para hacer la cesión de beneficios y designación de un representante autorizado según se mencionó anteriormente y en caso de no ser la madre o el padre del niño que recibe tratamiento, proporcionaré la documentación legal correspondiente que acredite tal facultad (por ejemplo, tutor legal, apoderado, orden judicial) ha petición.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACION PRECEDENTE, Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE CCHCS.

Nombre impreso del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente si es adulto, o del padre, madre o representante legalmente autorizado del paciente _____ Parentesco _____

Testigo _____

Momento de la firma: Mes _____ Día _____ Año _____ Hora _____ a.m. / p.m.

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION



C&DMIT



801 Seventh Avenue
Fort Worth, Texas 76104-2796

(Rev. 11/15)