

Términos y Condiciones de Registro, Servicios Médicos y Acuerdo Financiero

1. UCSF Benioff Children's Physicians (UBCP) es parte de la Universidad y está compuesta de su(s) hospital(es), centro(s) médicos, sus clínicas de hospital, y la Escuela de Medicina de UCSF.
2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo doy mi consentimiento a los tratamientos médicos o proceso de atención, radiografías, extracción de sangre para análisis, inyecciones, el tomo de fotografías médicas, videografía, y servicios de laboratorio.
3. **DESCARGO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** El Acto de las Prácticas y Uso de Información del Estado de California requiere que UBCP proporcione la siguiente información a quienes dan información de ellos mismos. Como un paciente de UBCP, se pedirá de mi cierta información personal, como mi domicilio, número de teléfono, número de Seguro Social, información de mi seguro médico, historial médico y de tratamiento. El propósito para pedir esta información es para asegurar la identidad, continuación de cuidado médico, y pago para tal cuidado. Bajo la autoridad del Acto Federal de la Ley de Privacidad de 1974, Artículo IX, Sección 9, de la Constitución de California, el Acto de Práctica de Información (Código Civil 1798 y siguientes.), Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 70749, UBCP está autorizado a mantener esta información. Y como requerido por UBCP, el entrega de esta información es obligatorio, menos que se indique al contrario. Yo entiendo que el fallar al entregar esta información puede afectar mi cuidado medico, beneficios y cobertura de mi seguro médico. UBCP obtendrá mi autorización para descargar la información de mi tratamiento médico por escrito, menos en las circunstancias cuando UBCP está permitido o requerido por ley a divulgar la información, (vea Notificación de las Prácticas de Privacidad de UBCP para la descripción de las circunstancias específicas de cuando UBCP puede divulgar esta información). Por ejemplo UBCP puede entregar una copia de mi expediente médico a proveedores de cuidado de salud, planes de guros médicos, agencias gubernamentales, y proveedores de compensación de trabajadores lesionados. Además entiendo que si me diagnostican con una enfermedad de declaración obligatoria en California, se requiere por ley que UBCP reporte mi diagnóstico al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
4. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que aun teniendo cobertura médica, es posible que sea financieramente responsable para parte o por todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago, co-insurance, o deductible, yo estoy de acuerdo de pagar la cantidad que debo. Si no tengo cobertura que cubra el servicio que reciba, yo estoy de acuerdo que le pagaré a UBCP para los servicios profesionales y clínicas. Si no puedo pagar, entiendo que tal vez pueda calificar para asistencia pública, arreglo de pagos, y/o servicio de caridad. También entiendo que cuando este acuerdo sea firmado por mi esposo/a, padre/madre, o garante financiero, mi esposo/a, padre/madre o garante financiero será también conjuntamente e individualmente responsable conmigo para pago, incluyendo todos los cargos de coleccion, (honorarios, del abogado, cargos y gastos de coleccion), además a cual otra cantidad que se deba. Cuentas no saldadas serán referidas a otras agencias para coleccion cuales adquirirán intereses a la tasa legal vigente.
5. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (INCLUYENDO BENEFICIOS DE MEDICARE):** Yo autorizo pago directo a UBCP por medio de cual quier beneficio de seguro, incluyendo seguro de hospital, y compensación de desempleo beneficios de discapacidad de lo contrario a nombre de o en mi nombre a UBCP, incluyendo servicios de emergencia, a un costo de no sobrepasar los cargos actuales de UBCP. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no pagados conforme a este acuerdo. Además estoy de acuerdo de que cualquier crédito que resulte por pago del seguro médico o por otros recursos pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debida por mi a UBCP.

Porfavor firma la parte de atras. El leído todo a lo cual estoy de acuerdo, y he recibido una copia de estos Términos y Condiciones de Servicio:

Nombre del Paciente	Fecha
Firma del Paciente o Testigo (requerido si el paciente no puede firmar)	Fecha
Testigo Parentesco al Paciente	
Firma del Intérprete (si corresponde)	Fecha
El Idioma Utilizado	