

Terminos y Condiciones de Registro, Servicios Medicos y Acuerdo Financiero

1. UCSF Health Medical Foundation (UHMF) es parte de la Universidad y esta compuesta de su(s) hospital(es), centro(s) medicos, sus clínicas de hospital, y la Escuela de Medicina de UCSF.
2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Yo doy mi consentimiento a los tratamientos medicos o proceso de atención, radiografías, extracción de sangre para análisis, inyecciones, el tomo de fotografías medicas, videografía, y servicios de laboratorio.
3. **DESCARGO DE INFORMACION MEDICA:** El Acto de las Practicas y Uso de Información del Estado de California requiere que UHMF proporcione la siguiente información a quienes dan información de ellos mismos. Como un paciente de UHMF, se pedira de mi cierta información personal, como mi domicilio, numero de telefono, numero de Segura Social, información de mi seguro medico, historial medico y de tratamiento. El propósito para pedir esta información es para asegurar la identidad, continuación de cuidado medico, 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 Practica de Información (Código Civil 1798 y siguientes.), Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 70749, UHMF esta autorizado a mantener esta información. Y como requerido por UHMF, 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 medico. UHMF obtendra mi autorización para descargar la información de mi tratamiento medico por escrito, menos en las circunstancias cuando UHMF esta permitido o requerido por ley a divulgar la información, (vea Notificación de las Practicas de Privacidad de UHMF para la descripción de las circunstancias específicas de cuando UHMF puede divulgar esta información). Por ejemplo UHMF puede entregar una copia de mi expediente medico a proveedores de cuidado de salud, planes de guros medicos, agencias gubernamentales, y proveedores de compensación de trabajadores lesionados. Ademas entiendo que si me diagnostican con una enfermedad de declaración obligatoria en California, se requiere por ley que UHMF reporte mi diagnóstico al Departamento Estatal de Servicios de Salud.
4. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo entiendo que aun teniendo cobertura medica, es posible que sea financieramente responsable para parte o por todos mis servicios medicos. 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 pagare a UHMF para los servicios profesionales y clínicas. Si no puedo pagar, entiendo que tal vez pueda calificar para asistencia publica, arreglo de pagos, y/o servicio de caridad. Tambien entiendo que cuando este acuerdo sea firmado por mi esposo/a, padre/madre, o garante financiero, mi esposo/a, padre/madre o garante financiero sera tambien conjuntamente e individualmente responsable conmigo para pago, incluyendo todos los cargos de coleccion, (honorarios, del abogado, cargos y gastos de coleccion), ademas a cual otra cantidad que se deba. Cuentas no saldadas seran referidas a otras agencias para coleccion cuales adquiriran intereses a la tasa legal vigente.
5. **ASIGNACION DE BENEFICIOS (INCLUYENDO BENEFICIOS DE MEDICARE):** Yo autorizo pago directo a UHMF 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 UHMF, incluyendo servicios de emergencia, a un costo de no sobrepasar los cargos actuales de UHMF. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no pagados conforme a este acuerdo. Ademas estoy de acuerdo de que cualquier credito que resulte por pago del seguro medico o por otros recursos pueden ser aplicados a cualquier otra cuenta debida por mi a UHMF.

Porfavor firma la parte de atras. El leido todo a lo cual estoy de acuerdo, y he recibido una copia de estos Terminos 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 Interprete (si corresponde)	Fecha
El Idioma Utilizado	