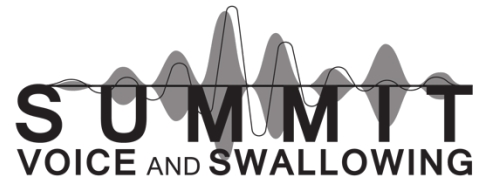


# Información del paciente



## Nombre

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Pronombres: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Dirección de casa

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Dirección de envío

Compruebe si la dirección postal es la misma que la dirección de casa

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Salud en el hogar

¿Está usted recibiendo o recibe actualmente servicios de atención médica domiciliaria?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿con qué agencia? \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Seguro secundario (si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Es el paciente el suscriptor?  Sí  No

Nombre del suscriptor si es distinto del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor si es OTRO que no sea el paciente: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro o número de seguro social del suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Condiciones y Consentimiento para Atención Ambulatoria

En este documento, “Paciente” significa la persona que recibe tratamiento. “Representante del Paciente” significa cualquier persona que actúe en nombre del Paciente y firme como representante del Paciente. El uso de la palabra “yo”, “usted”, “su” o “mi” puede incluir en contexto tanto al paciente como al representante del paciente. Con respecto a las obligaciones financieras, “yo” o “mi” también pueden, según el contexto, significar garante financiero “Garante”.

“Proveedor” significa Summit Voice and Swallowing (“Summit”), que incluye, entre otros, el personal de Summit: patólogos del habla y lenguaje, estudiantes de pregrado y posgrado en patología del habla, otros profesionales independientes con licencia y cualquier agente, contratista y agente autorizado. afiliados, sucesores o cesionarios que actúen en su nombre.

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Doy mi consentimiento para los procedimientos que se pueden realizar durante este episodio de atención ambulatoria, incluidos, entre otros, procedimientos de diagnóstico, tratamiento y servicios ambulatorios prestados según lo ordenado por el Proveedor. Doy mi consentimiento para permitir que los estudiantes, como parte de su capacitación en educación sobre atención médica, participen en la prestación de mi atención y tratamiento médicos o sean observadores mientras recibo atención y tratamiento médicos en Summit, y entiendo que estos estudiantes serán supervisados por personal autorizado. según sea necesario.
2. **Consentimiento para fotografías, videos, grabaciones de audio u otros medios digitales.** Doy mi consentimiento para que Summit tome fotografías, videos, grabaciones de audio y otros medios digitales en todas y cada una de sus publicaciones o anuncios, incluidas publicaciones en la web, para mantenimiento de registros, fines de seguridad y fines educativos, sin pago ni otra contraprestación. Entiendo y acepto que todas las Imágenes pasarán a ser propiedad de Summit y no serán devueltas.

Por la presente autorizo irrevocablemente a Summit a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar, reproducir o distribuir estas Imágenes para cualquier propósito legal. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado en el que aparece mi imagen. Además, renuncio a cualquier derecho a regalías u otras compensaciones que surjan o estén relacionadas con el uso de mi imagen.

Por la presente exonero, libero, defiendo y libero para siempre a Summit y sus respectivos funcionarios, directores, empleados y agentes de todos los reclamos, costos, daños, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otras personas que actúan en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tienen o pueden tener en razón del uso de las Imágenes.

3. **Consentimiento para la Investigación y la Educación.** Summit apoya el desarrollo del conocimiento sobre la voz y la deglución mediante la participación en la educación de los estudiantes y la recopilación de datos para la investigación.

Con fines educativos, los estudiantes pueden participar en la prestación de servicios de patología del habla bajo la dirección de un proveedor calificado y autorizado. Usted tiene derecho a elegir de quién recibirá tratamiento. Si no desea que los estudiantes participen en su atención, infórmeselo a su proveedor.

Cualquier dato recopilado para la investigación será anónimo. La desidentificación describe el proceso mediante el cual la información que identifica a un paciente (como nombres, fechas e información geográfica) se elimina de la información de salud pertinente. Los datos no identificados ya no se consideran información médica protegida y no están sujetos a las mismas regulaciones y restricciones que la información médica protegida. La desidentificación mitiga los riesgos para la privacidad de los pacientes y, por lo tanto, puede utilizarse en la investigación. La Regla de Privacidad HIPAA fue diseñada para mantener la privacidad del paciente protegiendo la información de salud identificable individualmente. Sin embargo, la regla de privacidad de HIPAA también establece que una vez que los datos han sido anonimizados, las entidades cubiertas pueden usarlos o divulgarlos sin ninguna limitación. Si prefiere que Summit no utilice sus datos no identificados, háganoslo saber antes de prestar los servicios.

4. **Acuerdo Financiero.** Entiendo que, como cortesía hacia mí, Summit o un tercero proporcionado, pueden facturar a una compañía de seguros que ofrece cobertura, pero es posible que no estén obligados a hacerlo. Acepto que la responsabilidad financiera por los servicios prestados me pertenece a mí, al Paciente y/o al Garante. Acepto pagar los servicios que no están cubiertos y los cargos cubiertos que la cobertura del seguro no paga en su totalidad, incluidos, entre otros, coseguro, deducibles, beneficios no cubiertos debido a límites o exclusiones de la póliza, o incumplimiento del plan de seguro. requisitos. Por la presente asigno a Summit todo el dinero al que tengo derecho por gastos médicos relacionados con los servicios prestados. Autorizo a Summit a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros o a un tercero pagador para facilitar el procesamiento de mis reclamaciones de seguro.

Si no tengo seguro, entiendo que debo pagar de forma privada. El pago privado vence en su totalidad al momento del servicio. Entiendo que si no pago los saldos pendientes dentro de los 90 días posteriores a la notificación del monto adeudado, se lo presentaré a una agencia de cobranza externa. Se cobrará un cargo por cheque devuelto de \$40.00 por cheques devueltos debido a fondos insuficientes. Entiendo que no se realizarán reembolsos por los servicios prestados en Summit.

5. **Asignación de Beneficios.** El paciente asigna todos sus derechos y beneficios bajo las pólizas de seguro existentes que brindan cobertura y pago por todos y cada uno de los gastos incurridos como resultado de los servicios y tratamientos brindados por el Proveedor y autoriza el pago directo al Proveedor de cualquier beneficio de seguro que de otro modo sería pagadero a o en nombre del Paciente por la hospitalización o por los servicios ambulatorios, incluidos los servicios de emergencia, si se prestan. El Paciente entiende que cualquier pago recibido de estas pólizas y/o planes se aplicará al monto que el Paciente o Garante acordó pagar por los servicios prestados durante esta admisión y que el Proveedor no retendrá beneficios que excedan el monto adeudado al Proveedor. por la atención y tratamiento brindado durante el ingreso.

Entiendo que cualquier póliza de seguro médico bajo la cual estoy cubierto puede ser adicional a otra cobertura o beneficios o recuperación a los que pueda tener derecho, y que el Proveedor, al aceptar inicialmente la cobertura de seguro médico, no renuncia a sus derechos de cobrar o aceptar, como pago total, cualquier pago realizado bajo diferentes coberturas o beneficios o cualquier otra fuente de pago que pueda o cubrirá los gastos incurridos por servicios y tratamiento.

Por la presente nombro **irrevocablemente** al Proveedor como mi representante autorizado para presentar reclamos, sanciones y recursos administrativos y/o legales en mi nombre para el cobro contra cualquier pagador responsable, planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador, asegurador de responsabilidad civil o cualquier otro responsable. tercero ("Parte Responsable") por todos y cada uno de los beneficios que se me deben por el pago de los cargos asociados con mi tratamiento. Esta cesión no se interpretará como una obligación de los Proveedores de ejercer dicho derecho de recuperación. Reconozco y entiendo que mantengo mi derecho de recuperación contra mi asegurador o plan de beneficios de salud y la cesión anterior no me despoja de dicho derecho.

Acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar al Proveedor a cobrar el pago de cualquier Parte Responsable en caso de que el Proveedor decida cobrar dicho pago, incluido permitir que el Proveedor entable una demanda contra la Parte Responsable en mi nombre. Si recibo pago directamente de cualquier fuente por los cargos médicos asociados con mi tratamiento, reconozco que es mi deber y responsabilidad pagar inmediatamente dichos pagos al Proveedor.

Asigno y transfiero a Summit (y a cualquier contratista o afiliado) todos y cada uno de los beneficios, dinero y sumas pagaderas a mí por servicios, accidentes o lesiones corporales bajo cualquier servicio, pagos médicos por accidentes/PIP/lesiones corporales o póliza para conductores sin seguro o con seguro insuficiente. proporcionar pagos de servicios ambulatorios.

6. **Consentimiento para llamadas telefónicas, mensajes de texto y/o correo electrónico para comunicaciones financieras.** Acepto que, para que Summit, o los Administradores de EBO y agentes de cobranza de Summit, puedan atender mi cuenta o cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, acepto y consiento expresamente que Summit o sus Administradores de EBO y agentes de cobranza se comuniquen conmigo por teléfono o mensaje de texto a cualquier número de teléfono o por correo electrónico a cualquier dirección de correo electrónico que haya proporcionado o que usted o su administrador de EBO y agentes de cobranza hayan obtenido o, a cualquier número o correo electrónico reenviado o transferido desde ese número, con respecto a los servicios prestados o mis asuntos financieros relacionados. obligaciones. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.
7. **Consentimiento para el uso de correo electrónico, número de teléfono o mensajes de texto para comunicaciones de atención médica.** Si en algún momento proporciono un correo electrónico, un número de teléfono o una dirección de texto en la que puedan ser contactados, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones promocionales, de marketing y de atención médica en ese correo electrónico, número de teléfono o dirección de texto de los Proveedores. Las otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a los números proporcionados, familiares o representantes designados con

respecto a mi tratamiento o condición, o mensajes recordatorios para mí con respecto a citas para atención médica. Doy mi consentimiento para toda comunicación de información a cualquier persona o individuo al que se pueda contactar mediante el correo electrónico, el número de teléfono o la dirección proporcionados.

**8. Política de no presentación/cancelación tardía.** Por favor avise a nuestra oficina con al menos 24 horas de antelación para cancelar o reprogramar su cita. Un aviso con menos de 24 horas de antelación puede resultar en un recargo por pago atrasado de \$55.00. Una “no presentación” es perder una cita programada sin previo aviso. Una “cancelación tardía” es cancelar/cambiar una cita dentro de las 24 horas posteriores a la cita. Cualquier cargo relacionado con no presentarse o cancelaciones es responsabilidad del paciente y no se facturará al seguro.

Para cancelar o reprogramar una cita, llame a Summit Voice and Swallowing al (775) 870-3680. Esta política está vigente para garantizar que todos nuestros pacientes tengan la oportunidad de ser atendidos de manera oportuna.

**Reconozco que puede haber un cargo de \$55.00 por cada cita que no se presente y/o cancelación tardía.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**9. Exención de responsabilidad por Covid.** Summit Voice and Swallowing (“Proveedor”) ha tomado precauciones recomendadas para reducir la propagación de enfermedades infecciosas, incluido el COVID-19. A pesar de estas medidas, el proveedor no puede garantizar que los pacientes no se infecten. Soy consciente de que participar en los servicios prestados podría aumentar mi riesgo de exposición a enfermedades. Aún no se sabe si la participación en la evaluación y/o el tratamiento de patologías del habla aumenta el riesgo de COVID-19.

Al firmar este formulario de autorización, reconozco y asumo el riesgo de exponerme o infectarme por COVID-19 o cualquier otra enfermedad resultante al participar en la evaluación y/o tratamiento del Proveedor. Yo, en nombre de mis agentes, abogados, representantes, predecesores, sucesores, cesionarios, herederos y albaceas pasados, presentes y futuros, renuncio, libero, descargo, indemnizo y eximo de responsabilidad al Proveedor, sus miembros pasados, presentes y futuros, y para siempre. funcionarios, agentes, representantes, contratistas, abogados, empleados, sucesores y cesionarios (colectivamente “Liberados”) de todos y cada uno de los asuntos de responsabilidad, reclamos por daños, causas de acción, demandas, procedimientos, compensaciones, honorarios de abogados, costos y gastos de demandas, reclamos y demandas de cualquier tipo, que puedan surgir de mi participación en los servicios del Proveedor, incluidos, entre otros, todos y cada uno de los reclamos, pérdidas o responsabilidades por muerte, lesiones personales, discapacidad parcial o permanente, daños a la propiedad, facturas médicas u hospitalarias. , incluidas las pérdidas económicas que puedan surgir de mi participación o estar relacionadas con ella.

Mi firma a continuación indica que he leído atentamente esta exención y entiendo completamente su contenido. Soy consciente de que esto es una exención de responsabilidad y un contrato entre yo y el proveedor y/o organizaciones afiliadas en mi nombre y/o el de cualquier menor de edad, lo firmo por mi propia voluntad.

**10. Divulgación de información.** Por la presente autorizo a Summit a divulgar información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La información de atención médica relacionada con admisiones anteriores en Summit puede ponerse a disposición de otras instalaciones médicas para coordinar la atención al paciente o para fines de gestión de casos. La información de atención médica puede divulgarse a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar la cobertura o preguntas de pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede divulgarse a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con un reclamo de compensación laboral. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Las leyes federales y estatales pueden permitir que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que estos individuos y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr objetivos que puedan incluir, entre otros: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros médicos; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros fines que la ley permita. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más de dichas organizaciones.

**11. Aviso de Prácticas de Privacidad.** Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Summit, que describe las formas en que Summit puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones prescritos y permitidos. Entiendo que esta información puede ser divulgada

electrónicamente por el Proveedor y/o los socios comerciales del Proveedor. Entiendo que puedo comunicarme con Summit si tengo una pregunta o queja.

**12. Reconocimiento de los derechos y responsabilidades civiles del paciente.** Summit apoya que todos los pacientes sean tratados con respeto y dignidad y sin discriminación o distinción basada en edad, género, discapacidad, raza, color, ascendencia, ciudadanía, religión, embarazo, orientación sexual, identidad o expresión de género, origen nacional, condición médica, estado civil, condición de veterano, fuente o capacidad de pago, o cualquier otra base prohibida por la ley federal, estatal o local. Entiendo que cualquier queja o reclamo relacionado con mis derechos civiles se puede presentar ante la Oficina de Derechos Civiles accediendo a su sitio web en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

**13. Reconocimiento.** Se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en este formulario, incluyendo específicamente, entre otras, las disposiciones de la obligación financiera y las disposiciones de asignación de beneficios, y reconozco que no tengo preguntas o que mis preguntas han sido respondido a mi satisfacción y que he firmado este documento libremente y sin otro incentivo que la prestación de servicios por parte de los Proveedores.

Yo, el abajo firmante, como Paciente o Representante del Paciente, o, para un Paciente menor/incapacitado, como tutor legal, por la presente certifico que he leído y comprendo total y completamente estas Condiciones y Consentimiento para la atención ambulatoria, y que he firmado estas Condiciones y Consentimiento para Atención Ambulatoria de forma consciente, libre y voluntaria y acepta estar sujeto a sus términos. No he recibido promesas, seguridades o garantías de nadie en cuanto a los resultados que puedan obtenerse mediante cualquier tratamiento o servicio médico. Si la cobertura del seguro es insuficiente, denegada por completo o de otro modo no disponible, el abajo firmante acepta pagar todos los cargos no pagados por el asegurador.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

La ley exige que Summit Voice and Swallowing le solicite que indique por escrito que recibió su "Aviso de prácticas de privacidad" (el "Aviso"). Este Aviso describe en detalle cómo Summit Voice and Swallowing puede usar y compartir su información de salud, así como sus derechos de privacidad de salud. Tiene derecho a revisar el "Aviso de prácticas de privacidad" antes de firmar este reconocimiento. La ley no exige que usted firme este "acuse de recibo de la notificación". Firmar no significa que haya aceptado ningún uso o divulgación especial de sus registros médicos. Negarse a firmar el reconocimiento no impide que un proveedor o plan use o divulgue información de salud según lo permite la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido el "Aviso".

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Divulgación de registros médicos

##### Médicos/proveedores a los que desea que Summit envíe registros:

Solicito y autorizo a Summit o cualquiera de sus representantes autorizados a divulgar la información seleccionada a continuación a la siguiente persona:

Nombre(s)/Información de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre(s)/Información de contacto: \_\_\_\_\_

##### Registros que desea que Summit reciba:

Solicito y autorizo a Summit a obtener, copiar o inspeccionar la siguiente información de:

Nombre(s)/Información de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre(s)/Información de contacto: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida para fines de evaluación, tratamiento o pago. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a Summit en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Reconozco que esta divulgación también autoriza a Summit a discutir la información divulgada con la parte autorizada. Acepto que se pueda utilizar una fotocopia de esta autorización para todos los fines igual que el original. Esta autorización caducará en 12 meses a menos que se revoque lo contrario.

Entiendo que la información solicitada según esta autorización es confidencial y está sujeta a ciertas leyes que protegen mis derechos como paciente. Entiendo que Summit ha cumplido con los requisitos de HIPAA al producir los registros solicitados anteriormente de acuerdo con esta autorización y no es responsable de ninguna nueva divulgación de mis registros. Declaro que tengo la capacidad de celebrar esta autorización e indemnizar y salvar a Summit de acciones en cumplimiento de esta autorización.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para nasoesndoscopia

Por la presente autorizo a Summit Voice and Swallowing ("Proveedor") a realizar los siguientes procedimientos/tratamientos:  
**Nasoesndoscopia.**

### Propósito y Beneficios:

La nasoesndoscopia permite la visualización de la voz y los mecanismos de deglución. Entiendo que es posible que sea necesario completar este procedimiento antes, durante y después de un curso de tratamiento.

### Que esperar:

Para completar la nasoesndoscopia, debo sentarme erguido en una silla de examen, relajarme y respirar por la nariz, mientras una pequeña cámara flexible (aproximadamente del ancho de una pajita) pasa a través de la nariz hasta la garganta. Para una evaluación de la deglución, me darán alimentos y líquidos de varios colores para tragar. Para una evaluación de la voz, se me pedirá que realice una variedad de tareas de expresión. El procedimiento suele durar entre 7 y 15 minutos.

### Posibles riesgos de someterse a un procedimiento:

Este procedimiento no está exento de riesgos. Los riesgos más comunes incluyen, entre otros, malestar, sangrado nasal, irritación/desgarro del tejido, respuesta vasovagal (desmayo/síncope), vómitos y/o náuseas. Reconozco que pueden ocurrir otros riesgos o complicaciones no mencionadas.

### Riesgos de no tener procedimiento y alternativas:

La alternativa a la nasoesndoscopia es 1) videofluoroscopia (video de rayos X) para tragar; 2) estroboscopia rígida para la voz; 3) no completar el trámite. Reconozco que es posible que el Proveedor no pueda diagnosticar y/o tratar mi problema específico si elijo no completar este procedimiento.

Doy mi consentimiento para el procedimiento y asumo los riesgos asociados al mismo. Como tal, yo, en mi nombre, el de mis herederos, sucesores y cesionarios, libero y libero al Proveedor de toda responsabilidad asociada con el procedimiento. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de este procedimiento o cualquier tratamiento que pueda ser requerido como resultado de este procedimiento. Entiendo que los resultados de este procedimiento pueden no resultar en la resolución de mi condición. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Autorizo al Proveedor a fotografiar, grabar videos y/o utilizar otros medios con fines médicos, científicos y/o educativos siempre que ellos no revelen mi identidad.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento, incluido el propósito, los beneficios y los riesgos del procedimiento propuesto. Doy mi consentimiento voluntariamente para la realización del procedimiento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_