

HC No.: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Visita: _____ Nombre de la Clínica: _____

AVISO DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

La atención médica, tratamiento y servicios (“Atención Médica”) que se brindan en el *Shands Teaching Hospital and Clinics, Inc.*, el *Shands Jacksonville Medical Center, Inc.* (“Shands”) y la Universidad de la Florida (“Universidad”) se rigen conforme a lo dispuesto en el s. 768.28, Estatutos de la Florida, que limita el cobro de cualquier persona por reclamación o fallo a \$200 000 dólares, o por cualquier reclamación o fallo, o una parte de este, que al sumarse el total de todas las demás reclamaciones o fallos que se deriven del mismo incidente o suceso en reclamación, sea hasta \$300 000 dólares.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

- I. **Autorización para Atención Médica:** Doy mi consentimiento para recibir cualquier Atención Médica que mi Proveedor de Atención Médica estime necesaria y/o aconsejable. Entiendo que mi Proveedor de Atención Médica es un empleado o agente de la Junta de Directiva de la Universidad de la Florida. Entiendo asimismo que mi Proveedor me brindará Atención Médica en una institución médica docente e investigativa y dicha Atención Médica la observarán estudiantes y en algunos casos darán asistencia, bajo la supervisión adecuada. Autorizo a la Universidad o cualquiera de sus afiliados a retener, conservar y usar para fines científicos o docentes, o desechar según consideren conveniente, cualquier espécimen o tejido extraído de mi cuerpo. Doy mi consentimiento para que la Universidad me tome videos y fotografías en el transcurso de mi Atención Médica y en relación a esta, y a que usen dichos videos, fotografías y mis datos médicos para fines docentes dentro de la Universidad. En caso que sea aplicable, esta autorización se otorga también a nombre de mi hijo(a) por nacer. Entiendo que mi médico puede acceder a mi información médica a través de diversas fuentes, incluida la información sobre los medicamentos que uso a través de los programas informáticos y bases de datos de prescripciones médicas electrónicas. **Telemedicina.** Entiendo y concuerdo con que mi Proveedor de Atención Médica puede utilizar la telemedicina (comunicación electrónica de información médica) entre las que se encuentran, pero no se limitan a la videoconferencia, transmisión electrónica de imágenes, monitoreo remoto de los signos vitales como parte de mi Atención Médica. Salvo en las circunstancias de emergencia, mi Proveedor de Atención Médica me explicará los riesgos y beneficios de la telemedicina previo al encuentro de telemedicina. Entiendo que tengo derecho a inquirir Atención Médica en otra parte, en vez de un encuentro de telemedicina
- II. **Gestión de Riesgo y Solución de Disputas:** Estoy de acuerdo en que la información de mi paciente (entre la que se encuentran, pero no se limitan a mi expediente médico, información de facturación y la información que divulgue a un proveedor de servicios médicos en el transcurso de mi Atención Médica) puede utilizarse en todo momento y divulgarse a empleados, funcionarios, agentes y representantes legales de la Universidad y/o Shands, a los efectos de gestión de riesgo y de procesos de solución de disputa formales e informales (entre los que se encuentran, pero no se limitan a litigio y mediación) que atañan a una o ambas entidades.
- III. **Divulgación de Información Médica:** Autorizo a la Universidad a que divulgue información acerca de mi expediente médico (incluida la información sobre atención quirúrgica y/o sicológica, consumo de alcohol y/o drogas, y pruebas de VIH) y cualquier otra información que sea necesaria para garantizar el pago de los costos en los que haya ocurrido o se hayan incurrido a nombre mío a: (1) cualquier instalación de la Universidad o proveedor afiliado; (2) médico al que remito; (3) el garante de mis cuentas; (4) cualquier Tercero Responsable de Pago¹ que contribuya al pago de mi Atención Médica. Además autorizo a la entrega de cualquier información a las agencias de salud pública federales, estatales o del condado, en virtud de la ley.
- IV. **Asignación de Beneficios y Responsabilidad de Pago:** Asigno el pago a la Universidad de cualquier Tercero Responsable de Pago con el cual tenga cobertura o del cual reciba o pueda recibir beneficios por la Atención Médica que reciba (pasada, presente o futura). Estoy de acuerdo en responsabilizarme de manera personal con los pagos de cualquier Atención Médica que no esté contemplada en la cobertura de un Tercer Responsable de Pago, entre los que se encuentren, pero no se limita a los servicios no cubiertos o fuera de la red, deducibles, coaseguro y/o copagos.
- V. **Acuerdo del Garante:** Al firmar en el espacio provisto abajo como Paciente/Custodio o Garante, o como Conyuge del Paciente/Custodio o Conyuge del Garante, acepto que todos los costos relacionados con la Atención Médica que no cubran ningún Tercero Responsable de Pago, me serán debidos y pagaderos en el momento en que reciba la Atención Médica o la descontinúe. Si la información sobre el seguro que he entregado no está activa en el momento de la Atención Médica, seré responsable por cualquier balance pendiente en el momento que se brinde la Atención Médica. Los costos que consiento en pagar son aquellos que aparecen enumerados en el actual listado de facturación de la Universidad (que se encuentra disponible para inspección a solicitud) según esté modificado conforme algún contrato pertinente que la Universidad concertara con un Tercero Responsable de Pago. Entiendo que los estados de facturación se enviarán al paciente que recibiera la Atención Médica, pero como garante, soy el responsable por el pago. Acepto que, a menos que la Universidad y mi Tercero Responsable de Pago hayan acordado que no me facturarán, si la Universidad ha acordado facturar a mi Tercero Responsable de Pago, ha acordado hacerlo por cortesía y la Universidad tiene derecho a exigirme en cualquier momento el pago íntegro, antes del pago íntegro a cualquier Tercer Responsable de Pago. En caso que una cuenta sin pagar se envíe a cobranzas, estoy de acuerdo en pagar los honorarios de abogados, los costos del tribunal y/o las cuotas de la agencia de cobranza asociadas con el proceso de cobro. Consiento en que la Universidad o un tercero me contacte por teléfono, incluido a mi teléfono celular, a fin de cobrar cualquier monto que pendiente de pago. Renuncio de manera específica a cualquier exención de embargo de mi salario que correspondiera por ley, y estoy de acuerdo en que se embargase mi salario en caso que se emitira un fallo en mi contra para cobrar los costos que he acordado pagar.
- VI. **Acuerdo para Pagar por el Componente Profesional de los Servicios Patología:** Cuando se analiza un espécimen de mi sangre, orina, heces o material similar, las pruebas se llevan a cabo bajo la supervisión del patólogo encargado del laboratorio. Es posible que el patólogo no sea quien realice la prueba o revise personalmente los resultados. No obstante, el patólogo es responsable de supervisar el laboratorio. Recibiré una factura del patólogo por estos servicios de supervisión por cada una de las pruebas, incluso si este no intervino personalmente en la prueba, ni revisó sus resultados. Con la firma del presente documento, me responsabilizo con pagar la factura del patólogo en tanto que mi Tercero Responsable por el Pago no efectúe el mismo.
- VII. **Acuerdo para Mediar:** Al aceptar la Atención Médica en una instalación de la Universidad, acepto que antes de presentar demanda en contra de la Universidad o alguna de sus instalaciones, empleados o agentes, y/o la Junta Directiva de la Universidad de la Florida, que surgiese por la Atención Médica recibida de mis Proveedores de Atención Médica, intentaré primeramente solucionar mi reclamación a través de la mediación confidencial. La mediación es un proceso mediante el que un tercero neutral que ha sido certificado para ser mediador trata de ayudar a solucionar reclamaciones. La Universidad sufragará los costos del mediador. Además estoy de acuerdo en que cualquier mediación debe tener lugar en el Estado y el condado donde se brindó el tratamiento, a menos que todas las partes acuerden lo contrario. El presente acuerdo es vinculante para mí y para cualquier entidad o persona que presente la reclamación a mi nombre. El presente acuerdo no afecta mi derecho de presentar una demanda si no se llega a resolver mi reclamación a través del proceso de mediación. Entiendo que las demandas deben presentarse dentro de un período de tiempo determinado y que el tiempo destinado para presentar la demanda no se prorroga como resultado de mi participación de la mediación.

Paciente/Custodio/Garante _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde/Relación con el paciente: _____ Yo mismo(a) Custodio Garante Asegurado

Testigo _____ Fecha _____

LAS COPIAS DE ESTA DECLARACIÓN TENDRÁN IGUAL VALOR AL ORIGINAL/FIRMAS ORIGINALES EN ARCHIVO DE LA UNIVERSIDAD DE LA FLORIDA

¹ “Tercero Responsable de Pago” incluye, pero no se limita a Medicare, Medicaid, Tri-care, programas del gobierno, seguros de salud, contra accidente, automovilístico, u otro seguro, compensación laboral, HMO (comercial, Medicaid, Medicare), empleadores autoasegurados y cualesquier otros patrocinadores que contribuyan con el pago por el Tratamiento Médico.