

Condiciones de los Servicios - Página 1 de 2

Para establecimientos del Sistema de Salud Lee (en inglés Lee Health System) operando como Lee Health ("Lee Health"), incluyendo, pero sin limitarse a: Lee Physician Group, Lee Convenient Care, Lee Memorial Hospital, HealthPark Medical Center, Gulf Coast Medical Center, y Cape Memorial Hospital, Inc. que opera como Cape Coral Hospital.

AVISO DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

YO, A NOMBRE DE MI MISMO, DE MI HIJO(A), Y/O MI TUTELAJE, RECONOZCO QUE ME HAN INFORMADO DE QUE: El tratamiento y cuidados médicos que yo reciba en una instalación de Lee Health pudiera ser proporcionado por médicos, cirujanos, enfermeros parteros, asistentes médicos, enfermeros practicantes de medicina, y otros individuos empleados por Lee Health (en adelante denominados "Proveedores") quienes son empleados o agentes de Lee Health. Comprendo que aquellos Proveedores que son empleados o agentes de Lee Health se encuentran bajo la supervisión y el control exclusivos de Lee Health y que la responsabilidad por los actos u omisiones de estos Proveedores de Lee Health está limitada a \$200,000 por reclamación o dictamen por persona determinada y a \$300,000 por todas las reclamaciones o dictámenes que surjan del mismo incidente o suceso (ver Sección 768.28 de los Estatutos de Florida).

Asimismo, reconozco que es posible que yo reciba tratamiento y cuidados médicos por parte de otros contratistas independientes de servicios a la salud, incluyendo, pero sin limitarse a, mi médico practicante particular, radiólogos, anesthesiólogos, proveedores de cuidados de emergencia, patólogos, y técnicos perfusionistas, quienes no son ni empleados ni funcionarios de Lee Health. Reconozco y estoy de acuerdo en que Lee Health NO es responsable por los actos u omisiones de estos contratistas independientes de servicios a la salud.

Paciente / Representante legal: _____ Fecha: _____ Testigo _____

1. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO. Por medio de la presente asigno el pago a Lee Health por parte de todos los pagadores terceros* con quien yo tenga cobertura o a través de la cual haya o llegue a haber beneficios pagables para mí, por los cargos de hospital y de servicios del cuidado a la salud que yo reciba para, en relación a, o en conexión con mi ingreso o tratamiento (pasado, presente, o futuro). Estoy de acuerdo en ser personalmente responsable del pago de todos los servicios de hospital o del cuidado a la salud que no sean cubiertos por mis pagadores terceros*, incluyendo, pero sin limitarse a, servicios sin cobertura o fuera de la red de servicios, deducibles, co-seguro, y/o co-pagos. También asigno el pago de todos los beneficios de seguro disponibles al/a los (médicos(s) que me proporcionen tratamiento en Lee Health. Por medio de la presente autorizo a la aseguradora, abogado, y/o fiduciario administrador de mi plan para que proporcione a Lee Health cualquier y todos los documentos, el resumen de descripción de beneficios, la póliza del seguro, y/o información para los acuerdos del Plan. Mediante esta asignación y designación como representante autorizado tengo la intención de conferir a Lee Health todos mis derechos a reclamar los beneficios médicos relacionados con los servicios proporcionados por Lee Health, incluyendo los derechos a cualquier acuerdo, seguro o remedios administrativos legales aplicables (incluyendo los daños que surjan por infringir la ley ERISA de las reclamaciones del deber fiduciario). Yo otorgo a Lee Health el derecho de (1) obtener información concerniente a la reclamación con el mismo alcance que yo; (2) presentar evidencia; (3) emitir declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud incluyendo que se proporcionen o se reciban notificaciones de los procedimientos de apelación; (5) participar en cualesquiera de las acciones administrativas y judiciales e interponer reclamaciones o derechos oponibles a terceros o derechos en contra de toda entidad, compañía aseguradora, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de cuidados a la salud, o administrador de un plan, que sean legalmente responsables. Como mi cesionario y mi representante autorizado designado, Lee Health puede levantar una demanda contra cualquier tal plan de beneficios de cuidados a la salud, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros a mi nombre con poder derivado.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN. Reconozco que Lee Health está autorizado bajo las leyes estatales de Florida y las leyes federales de los Estados Unidos a proporcionar copias de mis facturas y expedientes médicos, para garantizar el pago de los servicios de cuidados a la salud y de hospital que yo reciba para, en relación a, o en conexión con mi ingreso o tratamiento (pasado, presente o futuro), para obtener tratamiento adicional en caso necesario, y para facilitar de cualquier otra manera las operaciones de cuidados a la salud con ello relacionadas, a las siguientes personas o entidades: toda instalación de cuidados a la salud o proveedor afiliado; mis proveedores tratantes o que me derivaron; los proveedores de servicios de ambulancia y transporte similar; el Garante en mis cuentas y todas los pagadores terceros* o sus agentes; todas las organizaciones acreditadoras y entidades reguladoras estatales de Florida o federales; la Administración del Seguro Social; el Departamento de Servicios a Niños y Familias de Florida, y demás entidades similares. Esto incluye específicamente la información médica concerniente a afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas incluyendo, pero sin limitarse a, enfermedades de transmisión sanguínea tales como la Hepatitis, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Si mi ingreso o tratamiento se debe a un accidente automovilístico, yo autorizo a Lee Health a que obtenga copia de mi "reporte del choque" requerido por los Estatutos de Florida para facilitar el pago por parte de terceras entidades y/o a que obtenga la información de mi seguro de automóvil por parte del Departamento de Vehículos Automotores de Florida.

3. PRÁCTICAS FINANCIERAS DE LEE HEALTH. Yo comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

(a) Los cargos de Lee Health por servicios hospitalarios están indicados en la lista de precios del hospital (el "Tabulador Maestro", en inglés "Charge Master"). Yo puedo examinar las porciones relevantes de la misma durante horario de oficina regular en la oficina de Servicios Financieros (en inglés Financial Services) ubicada en 224 Santa Barbara Blvd., Cape Coral, FL 33991. Lee Health se reserva el derecho a revisar y cambiar los precios definidos en el Tabulador Maestro.

(b) La cuenta de Lee Health de mis cargos de hospital es una "cuenta abierta" que incluirá todos mis cargos de hospital y todos los pagos, cada vez que tales cargos o pagos sean hechos, como parte de una transacción única dando lugar a una sola responsabilidad legal y Lee Health puede preparar facturas de manera regular por las cantidades de hasta, e inclusive, la cantidad total del saldo a pagar.

(c) La cantidad que estoy obligado a pagar puede diferir de las cantidades que otros pacientes están obligados a pagar en base a la habilidad de pagar de cada paciente y en la cobertura por parte de entidades terceras responsables del pago.

(d) Yo puedo solicitar y me proporcionarán información sobre los programas de asistencia financiera de Lee Health. Es posible que se suspenda el cobro de alguno o de todos los saldos en mi cuenta si yo califico para un programa de asistencia financiera por reunir todos requisitos de ingresos relevantes y de otra manera carecer de la habilidad de pagar todos los cargos de hospital. Sin embargo, aún si yo califico para la asistencia financiera, estoy de acuerdo en que el/los saldo(s) de mi cuenta permanezcan pagaderos por parte de mi seguro médico o de accidentes, compensación al trabajador u otras fuentes de entidades terceras y recuperaciones de entidades terceras tales como acuerdos y dictámenes de responsabilidad legal. Los acuerdos y dictámenes de responsabilidad legal permanecen sujetos a un gravamen de Lee Health en conformidad con este acuerdo y la ley de Florida.

(e) A manera de cortesía, Lee Health puede cobrar a entidades terceras, incluyendo a mi compañía de seguros, pero no tiene la obligación de hacerlo. De cualquier manera, yo estoy de acuerdo, excepto cuando la ley lo prohíba, en pagar aquellos cargos reflejados en los instrumentos de facturación uniforme de Lee Health (formularios UB-04 o CMS-1500) por los servicios que me sean brindados en Lee Health.

4. RESPONSABILIDAD FINANCIERA. Por medio de la presente estoy de acuerdo con lo siguiente:

(a) Yo soy responsable de pagar los cargos por todos los servicios de hospital y de cuidados a la salud que el Paciente reciba por, en relación

Condiciones de los Servicios - Página 2 de 2

a, o en conexión con el ingreso o tratamiento (pasado, presente, o futuro) del Paciente, y los cargos se vencen y son pagaderos al momento del alta o de la suspensión del tratamiento. Los cargos que yo estoy de acuerdo en pagar son aquellos enumerados en el Tabulador Maestro de Lee Health vigentes al momento en que se brindaron los servicios y conforme se ven reflejados en el instrumento de facturación uniforme del Hospital (formulario UB-04).

(b) A menos que la ley o un contrato de otra forma lo excluya, si a manera de cortesía Lee Health le cobra a los pagadores terceros*, Lee Health puede exigir el pago completo de cualquier saldo vencido, en cualquier momento.

(c) **Comprendo que Lee Health me cobrará a mí en forma separada por los servicios que me brinde éste (incluyendo a los Proveedores empleados por Lee Health) y cualquier contratista independiente que me proporcione servicios (por ejemplo, mi médico practicante particular, anestesista, radiólogo, patólogo o servicios de laboratorio).**

(d) Todas las cuentas vencidas pueden ser remitidas a un abogado o agencia de cobranzas, en cuyo caso yo estoy de acuerdo en pagar los honorarios del abogado, los costos de la corte, y/o las cuotas de la agencia de cobranzas asociadas con el proceso de cobranza.

(e) Estoy de acuerdo en que Lee Health investigue mi historial de crédito en conformidad con las necesidades administrativas legítimas y las leyes, reglas y regulaciones aplicables, y además estoy de acuerdo en que el hospital puede, con o sin previo aviso, asignar, transferir y conferir a cualquier agencia o abogado su derecho, dominio e interés y a todo saldo que se venza después del alta del paciente.

(f) Autorizo a Lee Health para que aplique los pagos recibidos que no sean del seguro y que excedan la cantidad necesaria para pagar los cargos de Lee Health por esta hospitalización, para cubrir cualquiera de las facturas pendientes de pago mías o de mi familia inmediata.

(g) Autorizo a Lee Health, a sus proveedores de servicio (incluyendo a proveedores de servicio que me contacten en relación a la asistencia financiera o el pago y/o para servicios de cobranzas) y a sus sucesores, cesionarios, afiliados, contratistas independientes o agentes que me contacten en persona, usando mensajes de voz artificial o pre-grabados y/o un sistema de marcación telefónica automática a cualquier número asociado con mi(s) cuenta(s), incluyendo mi número de teléfono inalámbrico, ya sea que haya sido proporcionado en el pasado, presente o futuro, a menos que yo revoque tal autorización por escrito. En el caso de que cualquiera de mis números telefónicos cambien mientras todavía se deba un pago y haya un saldo en mi cuenta, estoy de acuerdo en informar por escrito a Lee Health inmediatamente de que el número proporcionado ya no es mío, y estoy de acuerdo en indemnizar a Lee Health, sus proveedores de servicios, sucesores, cesionarios, afiliados, contratistas independientes o agentes por todo daño, incluyendo honorarios y costos de abogados, relacionado con las llamadas realizadas a cualquiera de los números telefónicos previamente proporcionados.

5. DERECHO DE RETENCIÓN DE RECAUDACIONES POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Si mi ingreso o tratamiento se debe a un accidente o lesión, Lee Health tendrá el derecho de retención sobre las recaudaciones por cualquier derecho de acción legal, petición, reclamación, contra-reclamación, o demanda que me corresponda a mí o a mi representante legal como resultado de tal accidente o lesión, con el fin de recuperar el pago por todos los cargos de hospital y de servicios de cuidados a la salud que yo reciba por, en relación con, o en conexión a tal accidente o lesión entrando en vigencia a partir de la fecha en que el tratamiento se proporcionó por primera vez. Comprendo y reconozco que Lee Health también se reserva expresamente el derecho a obtener pago de algunos o todos sus cargos mediante el registro de un embargo estatutario de hospital. En tal caso, Lee Health puede, a su única y absoluta discreción, procurar la recuperación del pago de sus cargos a partir de recaudaciones por todo pago hecho por terceros a cuenta del accidente que dio lugar al tratamiento proporcionado por Lee Health. Comprendo y reconozco que la cantidad que Lee Health demande a fuente(s) terceras pudiera exceder y probablemente exceda la cantidad que de otra manera sea pagadera por parte de pagadores terceros, incluyendo, pero sin limitarse a la cobertura del seguro médico, HMO, o plan de salud. Estoy de acuerdo en proporcionar a Lee Health bajo previa solicitud el nombre de toda persona que pudiera haber causado mis lesiones, el nombre de la compañía de seguros de la persona, el nombre de mi abogado y cualquier otra información que pueda ayudar a Lee Health a ejercer sus derechos y/o a proporcionar aviso de su derecho de retención a cualquier y a todas las terceras entidades que Lee Health considere apropiado a su exclusiva y absoluta discreción.

6. DESCARGA DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR. Reconozco que me han dado la oportunidad de depositar objetos de valor y dinero con Lee Health para su custodia. Comprendo que Lee Health no asume ninguna responsabilidad por propiedades personales (incluyendo, pero sin limitarse a, objetos de valor, dinero, teléfonos celulares, localizadores, zapatos, o ropa) que yo retenga, y por medio de la presente libero a Lee Health, sus directores, oficiales y empleados, de cualquier y toda responsabilidad por la pérdida de tales propiedades personales y yo asumiré personalmente toda pérdida, costo, o gasto incurrido como resultado de tal pérdida.

7. ESTUDIANTES. Lee Health apoya el entrenamiento y la educación de profesionales y técnicos del cuidado a la salud y proporciona oportunidades para las experiencias de aprendizaje práctico. Reconozco que es posible que yo sea atendido por estudiantes u otro personal de cuidados a la salud en programas de entrenamiento supervisados. Reconozco que yo puedo informar a mi enfermero o médico si yo elijo no dejar que tales individuos participen en mis cuidados

8. MEDICAMENTOS GENÉRICOS. Los medicamentos usados en Lee Health son seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Personal Médico de Lee Health. Cuando es posible, se administran medicamentos genéricos, en vez de productos "de marca". Para mi conveniencia y facilidad en la comprensión de cuáles medicamentos estoy recibiendo, es posible que se les refiera por sus nombres de marca aún si es el equivalente genérico el que realmente se está usando.

9. RECICLAJE. En estricta conformidad con los estándares de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (en inglés U.S. Food and Drug Administration), Lee Health envía algunos materiales quirúrgicos y médicos desechables para que sean procesados y esterilizados para su reutilización. Esta es una medida segura, ambientalmente responsable, que ahorra costos.

**Los pagadores terceros incluyen, pero no se limitan a, la cobertura disponible por parte de: Medicare, Medicaid, Tri-care, o programas gubernamentales; seguro médico, de accidente, automovilístico, u otro; compensación al trabajador; HMOs; empleadores con seguro propio; y cualquier otro patrocinador que pudiera contribuir con el pago de los servicios.*

Yo, el que suscribe, como paciente, o como tutor, cónyuge, garante o agente del paciente, por medio de la presente certifico que: (a) He leído, y comprendo entera y completamente estas Condiciones de Servicio; (b) he firmado libre, consciente y voluntariamente estas Condiciones de Servicio, y estoy de acuerdo en regirme bajo sus términos; (c) las Condiciones de Servicio anteriormente descritas gobernarán mis derechos y obligaciones como paciente, tutor, cónyuge, garante o agente del paciente, en cuanto a cualquier tratamiento o servicios provistos por Lee Health al paciente durante cualquier ingreso actual o futuro; (d) estas Condiciones de Servicio constituyen el acuerdo entero entre las partes, y sustituyen todo acuerdo o convenio previo entre las partes, verbal o escrito, concerniente a los temas tratados; y (e) no he recibido por parte de nadie ninguna promesa, seguridad ni garantía en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de cualesquier tratamiento o servicios.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR

DATE

TIME

CÓNYUGE DEL PACIENTE / APODERADO LEGAL PARA LOS CUIDADOS A LA SALUD / OTRO REPRESENTANTE LEGAL

DATE

TIME

Patient is Unable to Sign and does not have a Representative

Patient Refused to Sign