



MANTILLA SURGICAL | SALUD COLORRECTAL Y PÉLVICA

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, TELESALUD, FINANZAS Y AUTORIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Paquete de consentimientos del paciente

Nathalie Mantilla, MD, MPH, FACS, FASCRS

Patient name / Nombre del paciente: _____

Date of birth / Fecha de nacimiento: _____ Date / Fecha: _____

1. Consentimiento general para evaluación y tratamiento

Solicito voluntariamente y doy mi consentimiento para recibir evaluación y atención médica apropiada de Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health y su personal clínico autorizado. Esto incluye la atención presencial y, cuando corresponda, mediante telesalud.

Entiendo que la evaluación habitual puede incluir antecedentes, examen físico, revisión de expedientes y evaluaciones no invasivas o habituales en el consultorio. Si se recomienda un procedimiento, cirugía, sedación u otra intervención que requiera consentimiento informado específico, se explicarán por separado su naturaleza, beneficios esperados, riesgos importantes y alternativas, y se me dará la oportunidad de hacer preguntas antes del procedimiento.

Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se ha garantizado el resultado de la evaluación o del tratamiento. Me comprometo a proporcionar información precisa y completa sobre mi salud, medicamentos, alergias y cambios en mi estado de salud. Entiendo que el tratamiento puede conllevar riesgos, incluidas reacciones adversas o interacciones entre medicamentos y suplementos.

Entiendo que puedo hacer preguntas y rechazar o retirar mi consentimiento para la atención que no sea de emergencia, sujeto a las consecuencias de rechazar la evaluación o el tratamiento recomendado.

☐ He leído y acepto el consentimiento general para evaluación y tratamiento.

2. Consentimiento y alcance de la telesalud

Entiendo que ocasionalmente puedo consultar con mi equipo de atención médica mediante una plataforma segura de telesalud. La telesalud utiliza comunicaciones electrónicas, incluidos video interactivo, audio y mensajería segura, para evaluar, diagnosticar y manejar mis problemas de salud sin necesidad de viajar a la clínica.

Entiendo que la telesalud tiene posibles riesgos y limitaciones, entre ellos: la conexión de video puede fallar o dejar de funcionar; la imagen o la información transmitida puede no ser suficientemente clara; y el proveedor no puede realizar un examen físico presencial. Puede ser necesario programar una visita en persona si es médicamente indicado. La telesalud puede facilitar el acceso a atención especializada y seguimiento sin desplazamiento.

La telesalud no está destinada a emergencias médicas. En caso de emergencia médica, dolor intenso o complicación quirúrgica, llame al 911 o acuda al departamento de emergencias más cercano. Para una crisis de salud mental o apoyo emocional, llame o envíe un mensaje de texto al 988.

3. Preferencias y consentimiento para comunicaciones electrónicas

Indique cómo podemos comunicarnos con usted. El correo electrónico habitual y los SMS/mensajes de texto pueden presentar riesgos de privacidad. No use la mensajería habitual para emergencias.

☐ Puede llamar al celular ☐ Puede llamar a casa/otro ☐ Puede dejar mensaje con datos para devolver la llamada

☐ Puede enviar textos de citas/recordatorios ☐ Puede enviar textos administrativos ☐ Puede enviar mensajes al portal

☐ Puede enviar correos sobre citas/asuntos administrativos ☐ No me envíe correos

Teléfono preferido: _____ Correo preferido: _____

Mantilla Surgical puede utilizar correo electrónico y mensajes SMS para recordatorios de citas, notificaciones del portal, estados de cuenta y coordinación de la atención. Doy mi consentimiento para recibir estas comunicaciones en el teléfono y correo electrónico que proporcione. Pueden aplicarse tarifas estándar de datos y mensajes. Puedo cancelar los mensajes de texto



MANTILLA SURGICAL | SALUD COLORRECTAL Y PÉLVICA

respondiendo STOP o comunicándome con el consultorio. Las comunicaciones electrónicas pueden no ser completamente seguras; entiendo y acepto los riesgos de privacidad de los métodos que seleccione.

4. Personas autorizadas para recibir información

Autorizo al consultorio a hablar sobre mi atención, citas y/o facturación con las personas indicadas a continuación, dentro de los límites señalados. Esto no autoriza divulgaciones más allá de mi permiso ni cuando la ley exija otra autorización específica.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Temas autorizados: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Temas autorizados: _____

En "Temas autorizados", indique: atención médica / citas / facturación / todo. Puedo revocar este permiso notificándolo por escrito al consultorio, salvo en la medida en que ya se haya actuado basándose en él.

5. Consentimiento para obtener el historial de medicamentos

Para ayudar a garantizar mi seguridad y prevenir interacciones adversas, autorizo a Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health y a sus proveedores afiliados a consultar, ver y descargar electrónicamente mi historial de medicamentos surtidos. Autorizo a mis farmacias, planes de salud y otros proveedores de atención médica a divulgar al consultorio información sobre mis recetas. Entiendo que esta información se almacenará en mi expediente médico electrónico.

6. Aviso de prácticas de privacidad HIPAA — Acuse de recibo

Reconozco que se me ha ofrecido o facilitado acceso al Aviso de prácticas de privacidad de Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health, que explica cómo se puede usar y divulgar mi información de salud y describe mis derechos de privacidad. Firmar este acuse no autoriza usos ni divulgaciones adicionales a los permitidos por la ley y dicho aviso.

☐ Recibí/consulté el Aviso de prácticas de privacidad. ☐ Rechacé una copia porque ya tengo acceso.

Para uso del consultorio si no se obtiene el acuse: ☐ El paciente se negó a firmar ☐ Emergencia ☐ No fue posible obtenerlo ☐ Otro: _____

7. Acuerdo financiero, responsabilidad y cesión de beneficios

Al recibir atención en Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health, entiendo y acepto las siguientes responsabilidades financieras y políticas de seguro.

Cesión de beneficios: En la medida permitida por la ley y mi plan, cedo y transfiero a Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health mis derechos e intereses sobre los beneficios de reembolso médico bajo mi póliza por los servicios prestados por el consultorio. Autorizo la divulgación de información médica o de otro tipo razonablemente necesaria para procesar reclamaciones. Esta cesión permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia podrá considerarse válida como el original cuando la ley lo permita.

Pagos directos al paciente: Si mi aseguradora me envía un pago por servicios prestados por el consultorio, me comprometo a endosarlo y enviarlo al consultorio dentro de los diez (10) días posteriores a su recepción. Si no envío el pago, el saldo podrá convertirse en responsabilidad personal y la cuenta podrá remitirse a cobro, sujeto a la ley aplicable.

Responsabilidad financiera: Soy responsable financieramente de los cargos que no pague el seguro u otro pagador, incluidos copagos, coseguros, deducibles, servicios no cubiertos y montos de pago particular, sujeto a la ley aplicable y al contrato con mi pagador. Proporcionaré información precisa del seguro e informaré cualquier cambio. Las estimaciones no garantizan los cargos finales ni el pago del seguro.

Servicios fuera de la red y facturación: Si el consultorio está fuera de la red de mi plan, el equipo de facturación puede trabajar con mi aseguradora para procesar reclamaciones y maximizar los beneficios. Cuando lo exija la ley federal No Surprises Act, se proporcionará un aviso y consentimiento separado y/o un Estimado de Buena Fe. Entiendo que, según las circunstancias y la ley aplicable, puedo tener opciones, como elegir un proveedor dentro de la red. Los centros, grupos de anestesia, laboratorios, patología, imágenes u otros profesionales pueden facturar por separado.



MANTILLA SURGICAL | SALUD COLORRECTAL Y PÉLVICA

☐ Reconozco la política financiera del consultorio y mi responsabilidad por los montos que adeudo.

8. Política de cancelación de citas y ausencias

Para facilitar una atención oportuna y eficiente, el consultorio solicita un aviso de al menos 24 horas para cancelar o reprogramar una cita. El aviso puede enviarse por correo electrónico, mensaje de texto o portal del paciente, a más tardar 24 horas antes de la cita.

Una cancelación tardía es una cita cancelada o reprogramada con menos de 24 horas de anticipación. Una ausencia es no acudir a una cita programada sin aviso previo.

Se podrá cobrar una tarifa de \$50.00 por cada cancelación tardía o ausencia. El consultorio podrá cobrarla al método de pago registrado cuando la ley lo permita. Es posible que las tarifas pendientes deban pagarse antes de programar citas o tratamientos futuros. El consultorio podrá exonerar la tarifa en circunstancias excepcionales a su discreción; no se garantiza la exoneración.

9. Autorización opcional para obtener expedientes médicos externos

Complete esta sección si desea que Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health solicite expedientes a otro profesional o centro. Esta autorización es opcional y puede sustituirse por una autorización separada que cumpla con HIPAA cuando sea necesario.

Profesional/Centro: _____

Teléfono/Fax: _____

Expedientes solicitados: ☐ Notas clínicas ☐ Informes quirúrgicos ☐ Colonoscopia/endoscopia ☐ Patología ☐ Imágenes ☐ Laboratorio ☐ Otro: _____

Período: Desde _____ hasta _____ Propósito: Continuidad de la atención / evaluación y tratamiento

Autorizo al profesional/centro indicado a divulgar los expedientes seleccionados a Mantilla Surgical Colorectal & Pelvic Health. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, salvo en la medida en que ya se haya actuado basándose en ella. A menos que la ley exija un plazo menor o se especifique aquí, esta autorización vence un año después de la firma o al cumplirse el propósito indicado, lo que ocurra primero.

10. Declaración y firma del paciente

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado las secciones pertinentes de este documento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que los permisos y autorizaciones pueden revocarse cuando la ley lo permita, notificándolo por escrito al consultorio. Reconozco los consentimientos y permisos que seleccioné anteriormente.

☐ Consentimiento general de tratamiento ☐ Consentimiento de telesalud ☐ Consentimiento/preferencias de comunicación electrónica

☐ Autorización del historial de medicamentos ☐ Acuse del aviso HIPAA ☐ Acuerdo financiero reconocido

☐ Autorización de expedientes externos completada, si corresponde

Firma del paciente/representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde/parentesco (si es representante): _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo/representante del consultorio: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL CONSULTORIO — Revisado por: _____ Fecha: _____

Conciliación de medicamentos: ☐ Completada ☐ Pendiente Alergias verificadas: ☐ Completadas ☐ Pendientes

Se necesitan expedientes externos: ☐ No ☐ Sí: _____ Seguimiento: _____