

**Covenant Medical Group, Inc. ("CMG")**  
**Práctica médica Paciente Registro Acuerdo**  
(Rev. 5/22) Página 1 De 3

**EN CONSIDERACIÓN DE ESTA PRÁCTICA MÉDICA (LA "PRÁCTICA") LOS SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE, EN NOMBRE DEL PACIENTE) ACEPTA LO SIGUIENTE:**

**I. CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS:** La persona que firma a continuación autoriza a la Práctica y a sus profesionales asociados a proporcionar tratamiento y servicios médicos al paciente, incluyendo tratamiento médico y servicios prestados a través de visitas de telesalud, y consiente la atención médica diagnóstica y terapia, artículos, servicios y procedimientos proporcionados por la Práctica, sus profesionales y sus asistentes y designados. Dicho consentimiento incluye el consentimiento para la documentación fotográfica/en video del tratamiento médico del paciente, si el profesional tratante lo considera médicamente necesario. Existen riesgos y peligros potenciales para cualquier tratamiento o servicio médico, y no hay garantía de que ningún tratamiento o servicio en particular proporcionado por la Práctica o sus profesionales tenga éxito. Es responsabilidad del médico de práctica proporcionar la información adecuada sobre el tratamiento o servicio propuesto y obtener cualquier consentimiento necesario adicional antes de proceder, excepto según lo limitado por las emergencias u otra circunstancia contrarreloj. El personal de la Práctica puede obtener la firma para dicho consentimiento. El paciente tiene derecho a cuestionar o rechazar el tratamiento; sin embargo, si se rechaza un tratamiento propuesto, el abajo firmante acepta que CMG, la Práctica, y los profesionales y personal asociados serán liberados de toda responsabilidad por no proporcionar dicho tratamiento al paciente.

**TELEMEDICINA:** La Práctica y sus profesionales asociados prestan ciertos servicios de atención médica por medios virtuales, incluyendo, entre otros, telesalud (audio y video interactivo y otras comunicaciones electrónicas), comunicaciones a través del portal del paciente y por teléfono (colectivamente, "Servicios Virtuales").

**RIESGOS Y BENEFICIOS:** Los beneficios de los Servicios Virtuales incluyen un mayor acceso a la atención, la conveniencia del paciente, y un menor riesgo de exposición a enfermedades transmisibles, así como acceso a atención continua y comunicaciones de seguimiento con un proveedor de atención médica.

La información médica está protegida en la misma medida que en una visita presencial, aunque la confidencialidad y privacidad en la ubicación del paciente no está controlada por la Práctica. Existen riesgos y limitaciones para los Servicios Virtuales. Los servicios virtuales y la atención pueden no ser tan completos como los servicios presenciales como resultado de la posible falta de acceso de un profesional a todas las modalidades de diagnóstico/equipo médico necesario para obtener signos vitales, laboratorios y otra información de salud pertinente para tratar al paciente, la falta de acceso a registros médicos completos y problemas con la transmisión de información, incluida la falta de información o información inexacta que se transmite, podrían afectar la toma de decisiones médicas de un profesional. Además, aunque la Práctica utiliza los modos de cifrado y privacidad disponibles para los Servicios Virtuales, también es posible que los protocolos de seguridad puedan fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica. La alternativa es una visita presencial, que el paciente puede solicitar en cualquier momento, pero un servicio en persona equivalente puede no estar disponible en el mismo lugar o tiempo que un Servicio Virtual. Durante un Servicio Virtual, un profesional puede realizar un examen físico a través del uso de la tecnología o un facilitador en la habitación con el paciente. No todas las condiciones médicas pueden tratarse de manera eficaz a través de un Servicio Virtual, incluidas las condiciones de emergencia. Si un profesional determina que se necesita una evaluación cara a cara, el paciente será referido a un lugar apropiado para dicha evaluación. Un profesional puede retirarse de un Servicio Virtual por cualquier razón, incluso cuando, si a juicio médico del practicante, el tratamiento no es seguro, privado o eficaz. En tal caso, el practicante puede instruir al paciente a buscar atención en persona y el paciente aceptar seguir dicha instrucción, incluso para la atención de emergencia. Los Servicios Virtuales están sujetos a cargos, copagos y deducibles de conformidad con este Acuerdo. Aunque el paciente puede esperar los beneficios descritos del uso de la telesalud, no pueden garantizarse los resultados. Es responsabilidad del paciente informarle a su médico de las interacciones electrónicas que pueda tener con proveedores de atención médica.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO VÍA SERVICIOS VIRTUALES:** Al elegir continuar con un Servicio Virtual, el abajo firmante ha sido informado del riesgo y los beneficios de los Servicios Virtuales, entiende y acepta lo anterior, y consiente a tratamiento médico o consulta por medio de un Servicio Virtual.

**II. CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLES:** El individuo que firma a continuación consiente que el paciente sea evaluado para detectar hepatitis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o cualquier otra enfermedad infecciosa transmitida por la sangre, así como para cualquier otra enfermedad o condición transmisible, siempre y cuando otro paciente, un profesional de la salud u otros individuos proporcionando servicios al paciente en la práctica, empleados de práctica o trabajadores de ayuda de emergencia hayan sido potencialmente expuestos al paciente. Si tales pruebas se determinan necesarias, se realizarán sin cargo.

**III. CÁLCULO Y PAGO POR CARGOS:** El paciente es responsable y está obligado individualmente por el pago de los cargos en su estado de cuenta en la Práctica y la persona abajo firmante entiende y acepta lo siguiente: (1) Los cargos de la Práctica se establecen en bajo un cargo maestro (chargemaster), las partes relevantes del mismo pueden examinarse con el fin de verificar la cuenta del paciente, durante el horario laboral en nuestra oficina de facturación. La Práctica se reserva el derecho de cambiar las tarifas en el cargo maestro. Los cargos en la cuenta del paciente se calculan sobre la base de las tarifas del cargo maestro en vigor a partir de la fecha en que se acumulan los cargos por artículos o servicios. (2) El paciente es responsable de la parte no asegurada de la factura de la Práctica, que se adeuda en su totalidad al prestarse los servicios. Cualquier cantidad no pagada en su totalidad por el seguro, por cualquier razón, es responsabilidad del paciente. (3) La Práctica tiene una política de descuento para pacientes no asegurados y una póliza de atención a indigentes. Si el paciente no está asegurado, el paciente tiene automáticamente derecho a un descuento en las tarifas del cargo maestro de acuerdo con la política de descuento del paciente no asegurado de la Práctica. Además, si el paciente no está asegurado y cumple con ciertos criterios establecidos en la política de atención a indigentes de la Práctica (incluidos, entre otros, los criterios de ingresos), el paciente puede tener derecho a descuentos adicionales a las tarifas del cargo maestro. Comuníquese con los consejeros financieros de la Práctica en nuestra oficina o en la oficina de facturación de CMG al 865-374-5200 para obtener más información. (4) El monto de los cargos del paciente en la Práctica pueden diferir de los montos que otros pacientes están obligados a pagar basados en la cobertura de seguro de cada paciente, la cobertura de Medicare/Medicaid o la falta de cobertura de seguro. El monto de cualquier descuento de los cargos varía en función de las circunstancias aplicables a cada individuo bajo las políticas de la Práctica. (5) Después de un aviso razonable, las cuentas morosas pueden ser entregados a una agencia de cobro y/o abogado para su cobro. El paciente acepta pagar los costos de cobro, incluidos los

**Covenant Medical Group, Inc. ("CMG")**  
**Práctica médica Paciente Registro Acuerdo**  
(Rev. 5/22) Página 2 De 3

costos judiciales, honorarios razonables de abogados, cargos de cobro y cargos de intereses razonables, asociados con los esfuerzos de la Práctica para cobrar los montos adeudados.

**IV. CERTIFICACIONES Y ASIGNACIONES DE BENEFICIOS PARA PACIENTES DE MEDICARE/MEDICAID:** El individuo que firma certifica que la información proporcionada al solicitar el pago o reembolso en virtud de los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social es verdadera y correcta. Además, el abajo firmante certifica que se ha proporcionado información correcta y completa sobre el seguro del paciente, HMO, plan de salud, compensación de trabajadores u otra cobertura por servicios y artículos proporcionados al paciente por la Práctica, y el abajo firmante consiente a la Práctica facturar a dichos pagadores por artículos y servicios proporcionados al paciente por la Práctica. El abajo firmante por la presente asigna irrevocablemente a CMG (o si los profesionales de la práctica si no son empleados de CMG a la Práctica) todos los derechos, títulos e intereses en compensación o pagos de otra manera pagaderos al paciente, o recibidos por o en nombre del paciente, para artículos o servicios de práctica de cualquier fuente o pagador en archivo para la cuenta del paciente, incluyendo Medicare/Medicaid/TennCare, compañías de seguros, HMO, y cualquier otra persona externa pagadora o financieramente responsable, sin exceder los cargos por servicios o artículos prestados. Cualquier persona, corporación o entidad gubernamental que tenga aviso de esta asignación está autorizada y dirigida a pagar directamente a CMG (o, si los profesionales de la Práctica no son empleados de CMG, a la Práctica) todas las cantidades en adeudo por los artículos y servicios de atención médica proporcionados al paciente por la Práctica. Excepto según lo dispuesto en la Sección III o por ley, el paciente es financieramente responsable ante la Práctica por los cargos no cubiertos por estas autorizaciones. El abajo firmante entiende que hay ciertos artículos y servicios por los cuales los pagadores, incluyendo Medicare y TRICARE/CHAMPUS/CHAMPVA, no pagan. Cualquier suma no pagada por un tercero pagador es obligación del paciente. **El paciente es responsable de todos los deducibles y coseguros de seguros de salud o planes médicos, así como de artículos o servicios no cubiertos o excluidos.** Si más tarde se determina que el paciente tiene un HMO u otro plan de salud primario a Medicare y no informó a la Práctica antes del servicio de dicha elección, el paciente será responsable de pagar la cuenta. En el caso de los servicios en serie prestados al paciente por la Práctica, este Acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto para todos esos servicios de serie hasta que se revoque dicha autorización específicamente por escrito. El abajo firmante se compromete a firmar los documentos adicionales que se soliciten razonablemente para confirmar y fundamentar los derechos de la Práctica o de CMG en virtud del presente documento. El abajo firmante acuerda además que una copia de esta asignación puede utilizarse en lugar de la copia original.

**V. RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD; CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:** El abajo firmante reconoce haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica, que se proporciona en <https://www.covenanthealth.com/privacy-notice/> y que está incorporado a este Acuerdo por referencia, y consiente el uso y la divulgación de su información médica protegida y otros registros del paciente (a) de conformidad con dicho Aviso, incluyendo, sin limitarse, para fines de las funciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica descritas en dicho Aviso, ya sea a través del intercambio electrónico de información médica o de otra manera; y (b) según lo autorizado o permitido por la ley federal o estatal. De conformidad con lo anterior, el abajo firmante acepta la divulgación por parte de la Práctica de la totalidad o parte del expediente médico del paciente con fines de tratamiento y a cualquier persona, corporación, o agencia que sea o pueda ser responsable de los cargos incurridos en la Práctica o de determinar la necesidad, idoneidad, monto u otro asunto relacionado con dichos servicios o cargos, incluyendo, sin limitarse, compañías de seguros, HMO, PPOs, proveedores de compensación al trabajador, fondos de bienestar, planes de salud gubernamentales, la Administración del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o cualquier contratista de los mismos. El abajo firmante también consiente la divulgación por parte del plan de salud del paciente u otra compañía de seguros a la Práctica y CMG de cualquier elegibilidad, utilización o datos del plan relacionados con la cobertura del paciente que puedan necesitarse.

**VI. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE; ARTÍCULOS PERSONALES:** El abajo firmante consiente la documentación fotográfica del paciente a efectos de identificación y registro. Además, el abajo firmante acepta que la Práctica no es responsable de la pérdida o daño de ningún dinero, joyas, anteojos, ropa, audífonos u otra propiedad personal.

**VII. NOTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN DEL PLAN MÉDICO: CITA:** Si el plan médico, aseguradora u otra cobertura del paciente requiere notificación/autorización como condición de pago por los servicios, el paciente debe proporcionar dicha notificación y obtener dicha autorización. Por la presente, el paciente asume toda la responsabilidad financiera por los cargos incurridos como resultado del incumplimiento de los requisitos de notificación/autorización previa. No obstante lo anterior, el abajo firmante designa a la Práctica como agente del paciente con el fin de solicitar autorización previa para los servicios que los profesionales de la práctica ordenen en un hospital de Covenant Health (por ejemplo, servicios de laboratorio) y acepta que la Práctica pueda delegar dicha cita en dicho hospital. El abajo firmante reconoce que no hay ninguna garantía de que se obtendrá dicha autorización.

**VIII. ENMIENDAS:** Las revisiones de este Acuerdo no son efectivas o ejecutables a menos que sean aceptadas por escrito por un funcionario corporativo de CMG.

**IX. VOLUNTADES ANTICIPADAS/RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.**

¿El paciente está proporcionando una copia de las voluntades anticipadas para incluir en su registro médico el día de hoy (por ejemplo, el testamento vital)?

Sí\*       No

*\*Si la respuesta es sí, proporcione al proveedor de atención médica del paciente una copia de las voluntades anticipadas para que pueda incluirse en el registro médico del paciente*



**Covenant Medical Group, Inc. ("CMG")**  
**Práctica médica Paciente Registro Acuerdo**  
 (Rev. 5/22) Página 3 De 3

¿El paciente quiere nombrar a un responsable sustituto de la toma de decisiones de atención médica?

**Sí\***       **No**

\*Si la respuesta es sí, incluya el nombre del responsable sustituto de la toma de decisiones de atención médica: \_\_\_\_\_ y su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**X. CONTACTO CON EL PACIENTE.** El paciente puede ser contactado en el siguiente número: \_\_\_\_\_. Además, *marque una opción:*

La práctica puede contactar o dejar mensajes con respecto a citas y resultados/pruebas de laboratorio con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La práctica no puede dejar mensajes con respecto a citas y resultados/pruebas de laboratorio con otra persona que no sea el paciente.

**HE LEIDO Y ENTIENDO ESTE ACUERDO DE REGISTRO Y AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO ESTOS TÉRMINOS. SI EL ABAJO FIRMANTE NO ES EL PACIENTE, DICHS INDIVIDUOS CERTIFICAN QUE SON EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE Y TIENEN TODA LA AUTORIDAD LEGAL NECESARIA PARA PARTICIPAR EN ESTE ACUERDO A NOMBRE DEL PACIENTE.**

**FIRMA: PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO)**

Firma \_\_\_\_\_ NOMBRE IMPRESO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA y hora \_\_\_\_\_

*Se proporcionará una copia de este acuerdo a petición expresa.*