

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD DE PAGO

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: Autorizo a los hospitales de IU Health y/o sus entidades afiliadas (en conjunto, "IU Health"), a los médicos y a los proveedores especializados (en conjunto, los "Proveedores"), así como a sus representantes y empleados, a brindarme atención médica, de salud mental y quirúrgica, incluidos análisis, exámenes, procedimientos, medicamentos y cualquier otro tratamiento necesario (en conjunto, los "Servicios de salud").

Entiendo y acepto que se me puede brindar atención en persona o mediante una visita virtual o telemedicina. Estoy de acuerdo en que nadie puede garantizar resultados ni curación. Entiendo que IU Health forma parte de un entorno de enseñanza y que, en ocasiones, estudiantes, residentes y pasantes pueden participar en mi atención y pueden realizar procedimientos o exámenes en parte o en su totalidad. Doy fe de que tengo derecho legal a dar mi consentimiento para el tratamiento de este paciente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD DE PAGO: Autorizo a IU Health a proporcionar mi información y mis expedientes médicos a proveedores de seguros u otros terceros pagadores para recibir el pago por los Servicios de salud que brinda IU Health. Cedo el pago que de otro modo me correspondería de Medicare, Medicaid, compañías de seguros, planes de beneficios de salud para empleados y otros terceros pagadores (en conjunto, los "Planes") a IU Health. Entiendo que soy responsable de conocer los límites de los beneficios de mi Plan y acepto ser personalmente responsable del pago de los Servicios de salud que se me proporcionen, incluido cualquier monto no pagado por mi Plan, de conformidad con cualquier descuento aplicable, escrito y contractual, y con las políticas de asistencia financiera al paciente de IU Health. Soy responsable de seguir todas las reglas de la póliza de seguro. Entiendo que los cargos pueden estar basados en la tabla de cargos de IU Health, y acepto que esos cargos son razonables. Sé que si no pago lo que debo a IU Health, ellos pueden enviar el caso a una agencia de cobranzas o a un abogado. Entiendo que seré responsable de todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables de los abogados, los costos judiciales y los intereses, y acepto que así sea. Entiendo que cualquier pago excedente, depósito y/o crédito puede aplicarse a cualquier otro saldo de cuenta pendiente con IU Health antes de la emisión de un reembolso.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: La tarjeta de identificación del pagador del paciente solo tiene fines informativos. Los contratos de pago y reembolso deben ser acordados por escrito tanto por el pagador como por IU Health. Se renuncia y rechaza cualquier intento de establecer un contrato o de modificar los términos de un contrato con disposiciones contenidas en la tarjeta de identificación del pagador de un paciente.

LEY Y JURISDICCIÓN DE INDIANA: Entiendo que recibo Servicios de salud de un sistema de atención médica de Indiana. Acepto que si decido plantear una disputa relacionada con mi atención o facturación, el caso debe presentarse ante un tribunal de Indiana, y acepto que se aplique la legislación de Indiana.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES: Doy mi consentimiento expreso y acepto que IU Health pueda utilizar información de salud relacionada con mis Servicios de salud para diversos fines, incluidos la facturación y el cobro del dinero que adeude. Los empleados de IU Health, sus asociados comerciales y otros terceros que actúen en su nombre pueden ponerse en contacto conmigo con información relacionada con mi atención, incluidos los siguientes: recordatorios de citas; programación o registro; alertas sobre servicios preventivos y otras opciones de tratamiento; información sobre seguros, facturación, elegibilidad y/o cobranza; información promocional relacionada con la salud que pueda ser de mi interés; otros recordatorios y alertas que puedan ser útiles para coordinar o continuar mi atención médica. Doy mi consentimiento expreso y acepto que se me contacte al número de teléfono (incluidos los dispositivos móviles, celulares/inalámbricos o similares) que proporcione a continuación, incluso mediante el servicio de mensajería de texto (SMS), por los que mi operador de telecomunicaciones puede cobrar tarifas por el uso de datos (incluidos cargos adicionales en caso de itinerancia). Puedo ponerme en contacto con mi proveedor de telefonía móvil para obtener información completa sobre los precios. Las formas en las que IU Health puede ponerse en contacto conmigo incluyen un operador en directo, sistemas de marcación telefónica automática (automarcador telefónico), mensajes artificiales o pregrabados, o mensajes de texto o SMS.

Al proporcionar mi número de teléfono a IU Health sin condiciones, ya sea directamente o a través de un intermediario, de forma verbal, electrónica o por escrito, IU Health puede ponerse en contacto conmigo por teléfono (según se describe arriba) y/o por mensaje de texto (SMS) en relación con mis Servicios de salud, tales como recordatorios de citas, educación, consultas sobre la experiencia y la atención del paciente, y servicios de facturación, incluso con el fin de cobrar el dinero que adeude. Al firmar a continuación, acepto que IU Health pueda llamar a mi teléfono (según se describe arriba) y/o enviar mensajes de texto (SMS) para la comercialización o solicitud de productos y servicios de IU Health o de sus socios externos relacionados con la atención médica que IU Health considere que podrían ser de mi interés, incluidas comunicaciones con fines de reclutamiento para investigaciones por parte de IU Health e Indiana University. Entiendo que no estoy obligado a firmar ni a aceptar este consentimiento de comunicación como condición para adquirir cualquier propiedad, bien o servicio.

Este acuerdo permanecerá vigente, a menos que revoque mi consentimiento. Para tal fin, debo hacer lo siguiente: (1) enviar a IU Health un aviso por escrito indicando que revoco mi consentimiento previo; (2) incluir mi nombre, dirección postal y los últimos cuatro dígitos de mi número de cuenta; (3) especificar si deseo que cesen las comunicaciones por llamada telefónica, mensaje de texto/SMS o ambos; (4) proporcionar los números de teléfono correspondientes; y (5) enviar el aviso por correo a IU Health, Attention Customer Service, 250 N. Shadeland Ave., Indianapolis, Indiana 46219.

ESTOY DE ACUERDO CON EL CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN ANTERIOR:

FECHA/HORA

NÚMERO DE TELÉFONO

☐ SÍ

☐ NO

****Consulte a continuación los AVISOS IMPORTANTES, incluido un resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera hospitalaria de IU Health**.**

ATENCIÓN: Lea todo el formulario antes de firmarlo. No se aceptarán cambios en este formulario. Al firmarlo, acepto que he leído todo el contenido de este consentimiento y que todo lo estipulado se aplicará a los Servicios de salud actuales y futuros que proporciona IU Health.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA/HORA

RELACIÓN

FIRMA DEL GARANTE (SI NO ES EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL)

FECHA/HORA

RELACIÓN

REMISIONES: Su proveedor puede remitirlo a un proveedor fuera de la red para que reciba artículos o servicios médicos. Un proveedor fuera de la red no está sujeto a las disposiciones de pago que se aplican a los artículos o servicios médicos prestados por un proveedor de la red de su plan de salud. Puede ponerse en contacto con su plan de salud antes de recibir artículos o servicios médicos prestados por un proveedor fuera de la red para obtener una lista de proveedores de la red que puedan prestar los artículos o servicios médicos y para obtener asistencia adicional.



Consent for Treatment and Payment Responsibility
Spanish

110758 - 12/08/2025

See English version 110733

Page 1 of 2

General Financial Consent

Y-2

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Los proveedores actuales y/o anteriores pueden compartir sus expedientes médicos con IU Health para facilitar su atención médica. IU Health puede utilizar los expedientes médicos mínimamente necesarios para su atención médica. IU Health puede compartir la información médica mínimamente necesaria con familiares y amigos implicados en su atención para tomar decisiones a este respecto si usted no puede hacerlo ni dar su permiso. IU Health puede compartir sus expedientes médicos con terceros pagadores, compañías de seguros, agencias de revisión, empleadores, departamentos de bienestar social y terceros proveedores de servicios de datos, tales como los programas de intercambio de información médica. Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud si se comunica con la Dirección de Información de Salud.

Patient Label

En cualquier momento, usted puede cambiar esto dando aviso por escrito a la Dirección de Información de Salud de IU Health en 1701 N Senate Blvd., Indianapolis, IN 46202. El hospital de IU Health puede incluirlo en su directorio y dar su nombre, ubicación en el hospital, estado de salud expresado en términos generales y preferencia religiosa a terceros, a menos que usted indique lo contrario. Usted puede designar a un cuidador no profesional (la persona que, en caso necesario y una vez que tenga el alta, le ayudará con los cuidados posteriores) a la persona que le proporcione este consentimiento o a su equipo de atención médica antes de la salida del hospital. Si usted designa a un cuidador no profesional o si se designa a uno para usted, su cuidador puede recibir copias de su plan de cuidados al alta y de la educación del paciente para ayudarle con sus cuidados tras la salida del hospital. Si desea que su cuidador designado reciba más información, deberá rellenar un formulario de autorización de divulgación. **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA):** Se le han entregado, o bien se han puesto a su disposición, el Aviso de prácticas de privacidad de IU Health y/o del Proveedor.

USO Y ELIMINACIÓN DE PARTES DEL CUERPO: IU Health es una institución de investigación y enseñanza y está autorizada a utilizar partes del cuerpo extraídas de intervención(es), incluidos órganos, tejidos, huesos o fluidos corporales, para estos fines. Sus datos y partes del cuerpo se tratarán con cuidado de modo que no se le pueda identificar, salvo que lo exija la ley. Usted no es propietario de las partes de su cuerpo una vez extirpadas y no tiene ningún derecho sobre los productos de investigación obtenidos de dichas partes.

IMÁGENES Y GRABACIONES DE VIDEO: Las grabaciones de audio y video de su atención serán para uso exclusivo de IU Health o según lo permita la ley. Se le pedirá que firme un consentimiento por separado si las grabaciones e imágenes se emplean para otros fines. No está permitido grabar ni fotografiar sin el consentimiento previo de IU Health.

PRUEBAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS: IU Health realiza pruebas para detectar enfermedades infecciosas. Pueden incluir hepatitis y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Usted autoriza a IU Health a realizar pruebas para estas enfermedades infecciosas si así lo indica un Proveedor. Usted entiende que puede elegir no participar en este tipo de exámenes.

PROVEEDORES INDEPENDIENTES: Muchos de los Proveedores que lo atienden en un hospital de IU Health, como los de emergencia, radiología, anestesia, patología y hospitalización, son PROVEEDORES INDEPENDIENTES y no están sujetos al control y la supervisión del hospital.

OBJETOS PERSONALES: IU Health no se hace responsable por la pérdida, el robo o el daño de sus objetos personales. IU Health recomienda que los objetos de valor se dejen en casa, pero usted puede conservar ciertas pertenencias A SU PROPIO RIESGO Y A SU PROPIO COSTO, Y NINGUNA PERSONA EN IU HEALTH PUEDE CAMBIAR ESTE RIESGO. IU Health, incluidos sus empleados y policía, tiene derecho a registrar cualquiera de sus pertenencias en las instalaciones, incluidos bolsos y carteras, para garantizar la seguridad y el bienestar de sus pacientes y visitantes. Puede evitar que registren sus cosas si las envía a casa. Si IU Health decide que un artículo puede ser una amenaza para la salud o la seguridad, IU Health puede disponer que se retire del entorno del paciente y se almacene adecuadamente.

PRESUPUESTOS: Puede solicitar un estimado del costo de los servicios médicos no urgentes que se proporcionan en las instalaciones de IU Health. Para solicitar un presupuesto, póngase en contacto con un miembro del Equipo de Presupuestos llamando al 317.963.2541, al 833.722.6050 (llamada gratuita) o escribiendo a Estimates@IUHealth.org.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: Si desea dar un documento de voluntades anticipadas o si tiene preguntas al respecto, puede informar al personal de Registro de IU Health Hospital, y alguien de enfermería y/o de la capellanía se pondrá en contacto con usted.

RESUMEN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE INDIANA UNIVERSITY HEALTH

La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes que reúnan los requisitos y reciban atención en un hospital de IU Health. Si usted no está asegurado, recibirá un descuento y se le facturará solo el monto que generalmente se factura a los pacientes con cobertura de seguro en ese centro hospitalario de IU Health. Si recibe un servicio médicamente necesario que su seguro no cubre, puede recibir un descuento similar al que reciben los pacientes no asegurados. Si celebra un acuerdo prenegociado con IU Health para el pago de los servicios, no calificará para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

Si usted es un residente de Indiana, según se define en la política de asistencia financiera de IU Health, que recibe atención a través del servicio de emergencias, admisión directa desde el consultorio de un Proveedor o transferencia desde otro hospital, es posible que sea elegible para recibir asistencia adicional si el pago de sus facturas médicas representa una dificultad financiera y usted lo solicita. Si cumple los criterios del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) que se indican a continuación, es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera de hasta el monto total de su factura médica.

N.º de adultos en el hogar	N.º de personas dependientes en el hogar	Límite de ingresos del FPL
Más de 1	0	200 %
Más de 2	Más de 1	250 %
1	Más de 1	300 %

Si sus ingresos están por encima de estos niveles, pero el monto que debe es superior al 20 % de sus ingresos familiares anuales, es posible que sea elegible para recibir un descuento para reducir su saldo de paciente al 5 % de sus ingresos anuales.

A ningún paciente al que se le apruebe asistencia financiera por dificultades económicas se le cobrará un monto superior al que generalmente se factura a los pacientes que tienen cobertura de seguro por una atención similar prestada en el respectivo centro hospitalario de IU Health en el que el paciente recibió los servicios.

Las solicitudes de asistencia financiera completas deben incluir todos los anexos e información requerida para que puedan considerarse. IU Health puede determinar que usted reúne los requisitos para recibir asistencia adicional y ayudarle a rellenar una solicitud para programas de asistencia estatales, incluidos Medicaid y el Healthy Indiana Plan. Si se aprueba la asistencia financiera, recibirá una notificación por escrito y un extracto actualizado con su saldo reducido.

La solicitud, la política y el resumen de la asistencia financiera de IU Health están disponibles gratuitamente en el mostrador de inscripción de cualquier centro de IU Health o en línea en www.iuhealth.org/financialassistance. La política, la solicitud y este resumen en lenguaje sencillo pueden descargarse o imprimirse en inglés y en los siguientes idiomas: árabe, birmano, hakha chin, karen, chino mandarín y español.

Para obtener más información sobre la asistencia financiera disponible, el proceso de solicitud, solicitar una cita de inscripción con un asesor financiero certificado o solicitar una copia gratuita de los materiales de solicitud por correo, llámenos al 1-888-531-3004 o solicite asistencia en el mostrador de inscripción de cualquier centro de IU Health.

Consent for Treatment and Payment Responsibility Spanish

110758 - 12/08/2025
See English version 110733
Page 2 of 2

General Financial Consent

Y-2