

**MESQUITE SURGERY CENTER,LLC**  
**TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO**

El paciente nombrado en esta forma es admitido a Mesquite Surgery Center (MSC) para tratamiento ambulatorio, sujeto a los siguientes términos y condiciones.

1. **Consentimiento para el tratamiento.** Yo deseo recibir cuidado médico y tratamiento en MSC. Subsecuentemente, yo consiento a los procedimientos que puedan ser performados en MSC durante esta visita, incluyendo tratamiento de emergencia. Yo autorizo y consiento a cualquiera de los siguientes: procedimientos de laboratorio, otros procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos o quirúrgicos, u otros servicios clínicos u hospitalarios como sean avisados por mi doctor(es) o el (los) asistente(s) medico(s), el cual mi(s) doctor(es) crean necesarios para evaluarme o tratarme, y a otros servicios brindados bajo las instrucciones generales y especiales de mi(s) doctor(es). Yo entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta. Yo reconozco que el centro MSC no me ha hecho ninguna garantía por los resultados de los tratamientos y exámenes. Yo también reconozco que debo preguntar a mi doctor en relación a cualquier duda que tenga sobre mi diagnostico, tratamiento, riesgos o complicaciones, formas alternativas de tratamiento, y/o resultados anticipados del tratamiento.
2. **Revelación de Información para Propósito de Pago.** Yo entiendo que mi información médica será enviada al portador de mi aseguranza para propósitos de cobro por cualquier tratamiento que pueda haber recibido en MSC.
3. **Información para Otros Proveedores.** Yo entiendo que en el curso de mi tratamiento y/o al hacer arreglos para mi cuidado, mi información puede ser compartida con otros proveedores. Si yo prefiero que MSC no use o comparta mi información, yo debo sumitir una petición por escrito para consideración de acuerdo a las Noticias de Practicas de Privacidad de MSC. Yo autorizo que reportes de mi evaluación, tratamiento, y cualquier evaluación de seguimiento sean enviadas o discutidas con el Doctor que me refirió, el Doctor que requirió la consulta, mi Médico Familiar, así como cualquier otro(s) proveedor(es) de salud, hospitales, o facilidades ambulatorias, y otros que yo haya o que identificare a Usted. Yo permito que una copia/fax de esta forma sirva como una signatura original de autorización.
4. **Política de No Discriminación.** MSC admitirá y tratara pacientes dentro de su capacidad, sin importar de la raza,, color, nacionalidad de origen, creencias religiosas, sexo, orientación sexual, estado marital, estado de veterano, edad, inclinación política, o discapacidad.
5. **Acuerdo Financiero.** Yo entiendo que recibiré una factura de MSC. El(Los) Doctor(es) me enviaran una factura separada por los servicios que se me proporcionaron en el centro MSC. Yo entiendo y acuerdo a pagar todos los cargos por los servicios proveídos y que estoy obligado a pagar por los servicios de acuerdo con las tarifas regulares y términos de MSC. Yo también entiendo que puedo recibir una factura separada del patólogo patólogo y/o anesthesiólogo por servicios proveídos. MSC reserva el derecho de cobrar una Cuota de Pago Retrazado y/ o una Cuota por Cheque Regresado. Si yo escojo pagar todos los cargos por mi mismo, yo notificare MSC antes de recibir el servicio. En Caso que la cuenta sea referida a un abogado o agencia de colecciones para el cobro, yo acuerdo a pagar cualquier cuota razonable del abogado, gastos de colección y el interés a la tarifa estatutoria en todas las cuentas delincuentes, aunque la cuenta sea referida a colecciones o no.
6. **Cobertura por Medicare (si es aplicable).** Yo certifico que la información que se me ha proveído para aplicar a pagos bajo Medicare es correcta. Yo autorizo a la Administración del Seguro Social, a divulgar información sobre las fechas efectivas de mi Medicare y número de reclamo a MSC. Yo autorizo a cualquiera que tenga información mía, medica o relacionada, que divulgue información necesaria para procesar este u otro reclamo de Medicare a la Administración del Seguro Social o sus

intermediarios. Yo requiero que el pago de beneficios sea hecho en mi nombre a MSC por cualquier servicio proveído a mi persona por MSC.

7. **Asignación de Beneficios.** Por consiguiente yo autorizo la asignación de mis beneficios de aseguranza medica que deba a MSC para que sean aplicados a la factura por servicios medicos y materiales que recibí. Además, yo autorize MSC a recibir pagos directos de mi compañía de aseguranza o de la parte pagadora terciaria. Yo acuerdo a permanecer responsable y liable por los pagos de toda la cuenta debida a MSC y no recibida de mi cargador(es) de aseguranza. Yo entiendo que MSC esta sumitiendo reclamos en mi nombre como cortesía. **YO NO PODRE REMOVER ESTE ASIGNAMIENTO POR NINGUNA RAZÓN.**
8. **Valores Personales.** Yo entiendo que MSC desalienta a Los pacientes de traer objetos de valor y otra propiedad personal a MSC. Yo no hare MSC responsable por cualquier pérdida o daño a la propiedad que tuve en mi posesión.
9. **Derechos y Responsabilidades del Paciente.** Mi firma presentada abajo, confirma que yo he recibido la información en las Enmiendas de Derechos del paciente y Responsabilidades como paciente de MSC.
10. **Declaración de propiedad.** Miguel A. Arenas, MD es uno de los dueños de MSC. Mi siguiente firma confirma que estoy enterado de su interés financiero en MSC. Yo tengo el derecho de escojer donde recibir mis servicios, incluyendo una facilidad donde mi medico tenga o no intereses financieros. Yo he decidido a ser tratado en esta facilidad.

**11. RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA FACILIDAD MEDICA**

Yo he recibido una copia de la NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD de esta facilidad.

12. **Directivas Avazadas.** Reconozco que se me ha proporcionado la oportunidad de conocer y discutir cualquier directiva avanzada que he establecido. También entiendo que durante mi estancia en el Mesquite Surgery Center todo lo posible para cumplir con las directivas allí se hará por mi equipo de atención medica. Mi cuidado y las intervenciones serán basadas en mis necesidades y planes individuales.

Yo he leído este consentimiento, y yo soy el paciente, o el representante autorizado reconocido legalmente. En mi propio nombre (o en nombre del paciente), yo acepto y acuerdo a ser regulado por todos estos **TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SERVICIO.**

El paciente o su representante autorizado no es capaz de reconocer la presente.

Si o No

El paciente es: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente u otra persona reconocida legalmente responsable, si es aplicable. \_\_\_\_\_

Relación de la persona autorizada a consentir por el paciente.  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha