

POLÍTICAS DEL CONSULTORIO Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

¡Gracias por elegir Exer Urgent Care! Estas políticas y consentimientos se aplican al tratamiento médico que usted recibe aquí.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente, doy mi consentimiento para permitir que Exer Medical Corporation (Exer Urgent Care) me brinde tratamiento médico a mí o al menor dependiente. Entiendo que esta atención podría incluir, entre otros, patología, radiología y otros servicios de diagnóstico según lo indique el médico o proveedor de nivel medio responsable de mi atención. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de los proveedores que me atienden y que es responsabilidad del personal seguir las instrucciones del proveedor.

RECONOCIMIENTO: Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías ni promesas en cuanto a los resultados de la evaluación, la atención o el tratamiento. Reconozco que es importante que proporcione información precisa y completa sobre mis síntomas, mis medicamentos, mi consumo de drogas y otra información, y que no hacerlo podría afectar negativamente mi atención.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a Exer a divulgar la información contenida en mis registros a compañías de seguros, terceros, abogados y empleadores pertinentes, según sea necesario para procesar y gestionar mi caso y mis reclamaciones.

AUTORIZACIÓN PREVIA: Algunas compañías de seguros requieren la autorización previa de los servicios. Si debo obtener una autorización para los servicios de hoy y no lo he hecho, acepto asumir toda la responsabilidad financiera.

SERVICIOS DE LABORATORIO: Reconozco que ciertas pruebas de laboratorio podrían enviarse a un laboratorio independiente para su procesamiento; por la presente, autorizo que los resultados de estas pruebas de laboratorio se ingresen electrónicamente en los sistemas de historias clínicas electrónicas de Exer y en diversos sistemas de intercambio de información de salud. Entiendo que recibiré una factura aparte por los resultados de las pruebas procesados por un laboratorio independiente y acepto ser financieramente responsable de los servicios de laboratorio que me brinden.

AUTORIZACIÓN PARA MENORES: Si el paciente es menor de edad, mi firma como padre/madre/tutor autoriza el tratamiento y diagnóstico necesario para el menor.

EMBARAZO: No hay motivo para sospechar que podría estar embarazada en este momento. Si existe la posibilidad de que esté embarazada, informaré al proveedor antes de una radiografía o del inicio de la atención.

AVISO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES: Si lo atienden por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, tiene derecho a recibir tratamiento pagado por su empleador o por

la aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador. Si su lesión está relacionada con el trabajo, Exer enviará un informe sobre su afección médica a la aseguradora de compensación laboral de su empleador o a su empleador si está autoasegurado, según lo exige la ley. Como parte de este proceso, se compartirá una cantidad limitada de su información de salud con su empleador.

Si se presenta por una lesión que reúne los requisitos para la compensación para trabajadores y no puede proporcionar toda la documentación requerida para presentar un reclamo a la compañía aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador, usted acepta ser financieramente responsable de los servicios que reciba o permitir que Exer presente los cargos directamente a su empleador para el pago.

CONTRATISTA INDEPENDIENTE: Tenga en cuenta que Exer tiene acuerdos de servicio con ciertos médicos que también brindan servicios en el departamento de emergencias de Huntington Hospital. Para obtener más información o presentar una queja, solicite hablar con el gerente de la clínica.

AVISO DE OPEN PAYMENTS: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de fármacos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

POLÍTICA FINANCIERA: Si la información del seguro que nos ha proporcionado reúne los requisitos, facturaremos su visita a su compañía de seguros. Sin embargo, todos los copagos y coseguros deben abonarse en el momento del servicio. Para los pacientes con seguro comercial, requerimos que se mantenga registrada una tarjeta de crédito para los servicios del día o el pago por adelantado de su responsabilidad estimada como paciente en el momento de recibir los servicios. Su compañía de seguros nos exige que cobremos estos importes. Después de que enviemos la factura y sus cargos se hayan aclarado con su compañía de seguros, se cobrará a su tarjeta de crédito el monto restante que deba y se le enviará un estado de cuenta que muestre el monto cobrado. Puede comunicarse con nuestro departamento de facturación al (844) 232-0498 en cualquier momento antes de que se cobre de su tarjeta para hacer arreglos de pago alternativos. Se le cobrará un cargo por pago rechazado de \$35 por cualquier cheque o pago con tarjeta de crédito rechazado. Cualquier cargo que quede impago se transferirá a una agencia de cobranza. Si no tiene cobertura de seguro, será responsable del pago total en la fecha en que se presten los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Es su responsabilidad mantener actualizada su información personal, de seguro y de pago (incluido el cambio de dirección) en nuestro consultorio.

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información vinculada con esta deuda a una agencia de información crediticia del consumidor. Sin perjuicio de otras sanciones que permita aplicar la ley, si una persona viola intencionalmente dicho artículo al brindar información sobre la deuda a una agencia de información crediticia del consumidor, la deuda quedará anulada y será inexigible.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente, autorizo que todos los pagos por servicios médicos cubiertos y permitidos se realicen directamente a Exer Medical Corporation (que opera bajo el nombre comercial Exer Urgent Care). Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas. Entiendo que soy directamente responsable de todos los cargos incurridos por mí y mis dependientes, independientemente de la cobertura del seguro. En el caso de que se haga un cheque a mi nombre o a este consultorio y a mi nombre, por los servicios prestados por este consultorio, este documento sirve como un poder para endoso a mi nombre.

PAGO: Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover Card y American Express.

AUTORIZACIÓN DE TARJETAS DE CRÉDITO: Autorizo a Exer Urgent Care a conservar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito en mis registros y a cargar en mi tarjeta los copagos, coseguros, deducibles o cargos no cubiertos por mi proveedor de seguro médico, hasta \$500 por fecha de servicio. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito mediante correo certificado enviado a: Exer Urgent Care, 2381 Rosecrans Ave, Suite 115, El Segundo, CA 90245. Cualquier crédito en mi cuenta puede devolverse a mi tarjeta de crédito registrada. Si soy un paciente sin seguro, autorizo el pago al momento del servicio. Acepto actualizar cualquier información relacionada con esta cuenta de tarjeta de crédito.

MEDI-CAL: Exer Medical Corporation (que opera bajo el nombre comercial Exer Urgent Care) tiene contrato con ciertos planes de atención administrados por el programa Medi-Cal. Si Exer no tiene contrato con su plan de seguro, usted puede optar por obtener servicios a través de Self-Pay (Pago particular), una opción de pago por tiempo de servicio. Puede confirmar los costos del servicio de Self-Pay con Exer al momento del registro. El estado de contrato del pagador de Exer está sujeto a cambios; proporcione la información de su seguro en cada visita para confirmar el estado contractual actual.

He leído y entiendo las Políticas del consultorio y el Consentimiento médico y entiendo que las Políticas del consultorio y el Consentimiento médico se aplican al tratamiento médico que recibo de Exer.

Al firmar a continuación, entiendo que estoy de acuerdo con las Políticas del consultorio y el Consentimiento médico. Además, certifico que cualquier información que proporcione sobre mi enfermedad o afección, elegibilidad para cobertura o pago es precisa y completa. Entiendo que soy responsable de los cargos designados por mi compañía de seguros y que también soy responsable de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los honorarios financieros. En el caso de que se inicien procedimientos de cobro sobre cualquier saldo pendiente, acepto ser responsable de los costos de cobro (incluidos, entre otros, costos judiciales, gastos y honorarios de abogados), en la medida permitida por la ley.

Entiendo que las disposiciones anteriores se aplican igualmente a mí o a cualquier persona para la que esté autorizando tratamiento.

Reconozco que estoy firmando este documento a través de una plataforma de firma electrónica, que la imagen electrónica se convertirá en el documento original y que se pueden usar copias de esta imagen en lugar del original.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y RECONOCIMIENTO

Recibí o tuve la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad, que está disponible electrónicamente en <https://www.exerurgentcare.com/privacy-policy-and-practices> o mediante un enlace durante el proceso de registro. Dicho documento describe cómo se podría utilizar y divulgar mi información de salud y cómo puedo acceder a esta información. También entiendo que puedo acceder a una copia de estos formularios en cualquier momento en el sitio web de la empresa.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Exer Urgent Care desea comunicarse con usted por correo electrónico, correo de voz telefónico y mensajes de texto (los Servicios) para:

- Proporcionar recordatorios sobre próximas citas.
- Proporcionar resultados de pruebas, resúmenes de tratamientos y recomendaciones para la atención de seguimiento.
- Distribuir información financiera/de facturación, tales como facturas y recibos.
- Solicitar comentarios, como, por ejemplo, mediante encuestas opcionales para pacientes.

El propósito de este documento es obtener su consentimiento y alertarlo sobre algunos de los riesgos, las limitaciones y las condiciones de uso. Además, usted comprende que se podrían aplicar tarifas por los mensajes y datos a las notificaciones por SMS.

Riesgos de utilizar la comunicación electrónica

Exer utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida; sin embargo, Exer no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones electrónicas y desea alertarlo sobre los siguientes riesgos clave:

- El uso de comunicaciones electrónicas para analizar información confidencial puede aumentar el riesgo de que dicha información sea robada/pirateada o divulgada a terceros.
- No es posible asegurar completamente la información.
- Los empleadores y los servicios en línea podrían tener el derecho legal de inspeccionar y conservar las comunicaciones electrónicas que pasan por sus sistemas.
- Las comunicaciones electrónicas pueden introducir malware en un sistema informático y potencialmente dañar o alterar la computadora, las redes y la configuración de seguridad.
- Las comunicaciones electrónicas pueden reenviarse, interceptarse, circularse, almacenarse o incluso modificarse sin el conocimiento o permiso de Exer o de usted. Incluso después de que el remitente y el destinatario hayan eliminado copias de las comunicaciones electrónicas, podrían existir copias de respaldo en un sistema informático.
- Asimismo, las comunicaciones electrónicas podrían divulgarse de conformidad con el deber de informar o por orden judicial.

Reconocimiento y acuerdo del paciente

Reconozco que he leído y entiendo completamente los riesgos y las limitaciones de los Servicios de comunicación electrónica. Entiendo y acepto los riesgos asociados con el uso de los Servicios de comunicación electrónica y seguiré las instrucciones que se describen a continuación, así

como cualquier otra condición que Exer podría imponer a las comunicaciones con los pacientes que utilizan los servicios.

Reconozco y entiendo que se podría utilizar software de cifrado como mecanismo de seguridad para las comunicaciones electrónicas. Por diversos motivos, es posible que las comunicaciones con el proveedor o el personal que utiliza los Servicios no estén cifradas. A pesar de esto, acepto las comunicaciones por correo electrónico o los mensajes de texto no cifrados con el proveedor/personal.

Reconozco que soy responsable de informar a Exer sobre cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico, número de teléfono móvil u otra información de mi cuenta.

Reconozco que Exer o yo podríamos, en cualquier momento, retirar la opción de comunicarnos electrónicamente a través de los Servicios previa notificación por escrito.

Reconozco que estoy firmando esta autorización a través de una plataforma de firma electrónica, que la imagen electrónica se convertirá en el documento original y que se podrían usar copias de esta imagen en lugar del original.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE

Creemos que el arbitraje es un medio más rápido y eficiente para resolver disputas, diferencias de opinión y malentendidos que un procedimiento judicial. Por esta razón, antes de recibir servicios solicitamos que los pacientes acepten un arbitraje vinculante según lo dispuesto en este documento. Este Acuerdo de arbitraje (el Acuerdo) se celebra entre Exer Medical Corporation (que opera bajo el nombre comercial Exer Urgent Care) y _____ (Paciente), con respecto a lo siguiente:

Artículo 1: Acuerdo para arbitrar. Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica (es decir, si un servicio médico fue innecesario o no autorizado o se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente) se determinará mediante la presentación a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no a través de una demanda o recurriendo al proceso judicial, a menos que la ley de California permita la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Todas las partes de este Acuerdo, al celebrarlo, renuncian a sus derechos constitucionales de que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las disputas y reclamaciones por negligencia médica deben ser arbitradas: arbitraje JAMS. Es la intención de las partes que este Acuerdo cubra todas las disputas, reclamaciones y controversias relacionadas con negligencia médica, ya sea que dichas disputas surjan del curso actual de tratamiento del Paciente o de cualquier curso de tratamiento futuro, y que vincule jurídicamente a todas las partes cuyas reclamaciones (ya sea en responsabilidad civil extracontractual, contractual o de otro tipo) puedan surgir de o estar relacionadas con el tratamiento o servicio, lo que incluye diagnóstico, evaluación, instrucciones, tratamiento y cuidado proporcionados o no proporcionados por Exer Medical Corporation, y todos los médicos, socios, asociados, enfermeras, enfermeras practicantes, asistentes médicos, asistentes clínicos y otros empleados, contratistas independientes, agentes, clínicas o representantes (en adelante referidos colectivamente como Exer Medical). Este Acuerdo vinculará al Paciente, a cualquier cónyuge o herederos del Paciente y a sus hijos, ya sean nacidos o no, en el momento del suceso, dando lugar a cualquier reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término Paciente en este documento se referirá a la madre y al hijo o a los hijos esperados. Cualquier demanda de arbitraje debe presentarse a Judicial Arbitration and Mediation Services, Inc. (JAMS) de acuerdo con las reglas y los procedimientos aplicables de JAMS.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable. Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a través del correo de los EE. UU., con franqueo prepago, a todas las partes, y debe describir el reclamo contra Exer Medical, el monto de los daños solicitados y los nombres, las direcciones y los números de teléfono del Paciente y, si corresponde, de su abogado. Posteriormente, las partes seleccionarán un árbitro neutral para presidir el asunto. Ambas partes tendrán el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro. El paciente deberá presentar sus reclamos con diligencia razonable y el arbitraje se regirá de conformidad con el Código Procesal Civil 1280-

1295 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. 1-4). Las partes asumirán sus propios costos, honorarios y gastos, junto con una parte prorrateada de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

Artículo 4: Efecto retroactivo. El paciente pretende que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por Exer Medical no solo después de la fecha de su firma, sino también antes de su firma.

Artículo 5: Revocación. Este Acuerdo podría ser revocado por el paciente mediante notificación por escrito entregada a Exer Medical dentro de los 30 días posteriores a la firma; si no se revoca, regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 6: Disposición de divisibilidad. En caso de que alguna disposición de este Acuerdo se declare nula o inaplicable, dichas disposiciones se considerarán separadas del mismo y el resto del Acuerdo se aplicará de conformidad con la ley de California. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Al firmar, reconozco que he recibido una copia y acepto que cualquier asunto de negligencia médica se decida mediante arbitraje neutral.

AVISO: AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O TRIBUNAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE ACUERDO. Revisado el 01-01-2024.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____