

Authorizations and Service Terms

Authorizations

Authorization for Treatment: I consent to the rendering of medical care which may include routine diagnostic procedures and such medical treatment as my attending physician(s) or other Yuma Regional Medical Center (YRMC) medical staff consider to be necessary. I may be offered medical services via telemedicine systems that involve the delivery of health care by electronic communication with a provider who is at a different physical location, and I consent to such services. YRMC participates in training programs for physicians and other health care personnel. I understand that my medical care and treatment may be provided by physicians, including fellows and residents, medical and allied students, nurses and other health care providers. I have read and understand this Authorization for Treatment and understand that no guarantee or assurance has been made as to the results that may be obtained.

Authorization to Release Medical Information: I authorize YRMC to release all medical information as necessary to:

- All payers (insurance carriers, health plans, CMS, Medicare, Medicaid, their agents, or review agencies);
- Persons I designate as billing addressee/guarantor for handling the billing, payment and health care coverage for my account;
- Accrediting and quality organizations, regulatory agencies, public health reporting agencies, or other persons for health care operations;
- My other health care providers for treatment or payment purposes; and
- YRMC entities for the purpose of providing information regarding the services and goods of YRMC and/or its affiliates that may be of interest to me.

I understand that if this information is disclosed to a third party, it may no longer be protected by federal privacy regulations and may be re-disclosed by that person or entity in accordance with applicable law. YRMC may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on my agreeing with this provision.

- I authorize YRMC and my insurer to share my past, current and future health, treatment and account records about services I've received from YRMC and other care providers as needed to manage or coordinate my care and improve the quality of that care.
- A health information exchange (HIE) allows my health care providers to electronically access my health information held by other participating providers to provide me with better care. I authorize YRMC to access any of my health information available in an HIE, and YRMC may also make my YRMC health information available through HIE's in which it participates unless I opt out. If I opt out by checking this box below, YRMC will exclude all of my YRMC health information from the HIE's in which it participates.

HIE Opt Out

Authorization to Assign Benefits and Release Information to YRMC:

I authorize my Payer(s) to pay directly to YRMC any benefits due under the terms of my health care plan(s) for services provided by YRMC. I understand YRMC reserves the right to refuse or accept assignment of medical benefits.

If I am a Medicare beneficiary, I request payment of authorized Medicare benefits to me or YRMC on my behalf for any services furnished. If my health care plan(s) will not allow direct payment to YRMC or if YRMC chooses not to accept assignment of medical benefits, I agree to pay YRMC all health care payments I receive for services. I authorize YRMC to contact my Payer(s) to obtain all pertinent financial information concerning coverage and payments made under my health care plan(s) and for my Payer(s) to release such information to YRMC.

Service Terms

Statement of Financial Responsibility: I acknowledge I am responsible for all charges for services provided, including any amount not paid by my health care plan(s), other than billing terms and restrictions under a government program. This includes any copayments, coinsurance or deductibles. I authorize YRMC to apply any credit balance on my account to any amounts that I may owe to one or more YRMC entities.

Physician and Provider Bills: Patient understands that YRMC will bill for physicians employed by YRMC and for services provided by YRMC. Patient understands that physicians not employed by YRMC will bill separately from YRMC. Some examples of separate billing include but are not limited to emergency, radiology, anesthesiology and ambulance/transportation providers. Not all providers or physicians participate in the same insurance plans as YRMC, which may affect your insurance reimbursements, coverage and amounts you may be billed for. Patient releases YRMC from all liability for any claim based upon an act or omission of a YRMC employee following the instructions of any physician treating patient at YRMC.

Price Quotes: I understand that any price quotations given are estimates of expected services. The quotes do not include physician fees for services in most circumstances. Price quotes may vary significantly from actual charges.

Financial Assistance Policy: YRMC is committed to providing financial assistance to those with healthcare needs who are uninsured, underinsured, or otherwise unable to pay but are ineligible for a government program. I agree that YRMC may obtain financial information, including consumer credit reports, to determine eligibility for financial assistance and/or payment options.

Dispute Resolution: I agree that any dispute (including personal injury claims) related to health care services rendered by YRMC is subject to the exclusive jurisdiction of the appropriate court in the state of Arizona. Any state court action must be venued in the county where the provider of the disputed services are rendered. This agreement also applies to my legal representatives and next of kin.

Use of Phone: I agree that YRMC, its affiliates and agents may use an automated telephone dialing system, pre-recorded messages and texting to contact the wireless number(s) and/or residential lines I provide to YRMC for appointment and payment purposes.

Patient Rights & Responsibilities and Notice of Privacy Practices: I acknowledge I have been offered the YRMC Patient Rights & Responsibilities and the Notice of Privacy Practices at the time of registration, which can also be viewed at: yumaregional.org I may also request a copy during my visit.

ATTENTION: This is a legal document. Changes will not be accepted on this form. Requests for alterations can be made by calling 928-336-7008. By signing, I agree that I agree and understand the terms on this form. *I understand I have the right to revoke the authorizations on this form at any time by notifying YRMC in writing, except to the extent that YRMC has already taken action in reliance on them. These authorizations will remain valid until I revoke them in writing.*

- **If the patient is 18 years of age or older,** the patient must sign and date the form.
- **If the patient is 18 years of age or older** and is incapable of signing, a legally authorized substitute may sign and date the form. Please indicate your legal authority and include documentation of your relationship:
 - Legal Guardian or Conservator
 - Health Care Agent (Health Care Power of Attorney)
 - Other Legal Representative
- **If the patient is 17 years of age or younger,** the patient's parent or legal guardian must sign and date the form, unless an exception exists under state or federal law. Please indicate your relationship:
 - Parent
 - Legal Guardian

Signature

Signature Date

Printed Name of Person Signing (If Not Patient)

Autorizaciones y condiciones del servicio

Autorizaciones

Autorización para el tratamiento: Doy mi consentimiento para la prestación de atención médica que puede incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que mi(s) médico(s) tratante(s) u otro personal médico de Yuma Regional Medical Center (YRMC) considere necesario. Es posible que se me ofrezcan servicios médicos a través de sistemas de telemedicina que impliquen la prestación de atención médica mediante comunicación electrónica con un proveedor que se encuentre en un lugar físico diferente, y doy mi consentimiento para dichos servicios. YRMC participa en programas de capacitación para médicos y otro personal de atención médica. Entiendo que mi atención médica y tratamiento pueden ser proporcionados por médicos, incluyendo becarios y residentes, estudiantes de medicina y afines, enfermeras y otros proveedores de atención médica. He leído y entendido esta Autorización para el tratamiento y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener.

Autorización para divulgar información médica: Autorizo a YRMC a divulgar toda la información médica que sea necesaria a:

- Todos los pagadores (aseguradoras, planes de salud, CMS, Medicare, Medicaid, sus agentes o agencias de revisión);
- Personas que designo como destinatario/garante de facturación para manejar la facturación, el pago y la cobertura de atención médica de mi cuenta;
- Organizaciones de acreditación y calidad, agencias reguladoras, agencias de informes de salud pública u otras personas para operaciones de atención médica;
- Mis otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento o pago; y
- Las entidades de YRMC con el propósito de proporcionar información sobre los servicios y bienes de YRMC y/o sus afiliados que puedan ser de mi interés.

Entiendo que si esta información es divulgada a un tercero, puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser divulgada nuevamente por esa persona o entidad de acuerdo con la ley aplicable. YRMC no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios si estoy de acuerdo con esta disposición.

- Autorizo a YRMC y a mi aseguradora a compartir mis registros de salud, tratamiento y cuenta pasados, presentes y futuros sobre los servicios que he recibido de YRMC y de otros proveedores de atención médica, según sea necesario, para administrar o coordinar mi atención médica y mejorar la calidad de la misma.
- Un intercambio de información de salud (HIE) permite a mis proveedores de atención médica acceder electrónicamente a mi información de salud en poder de otros proveedores participantes para brindarme una mejor atención. Autorizo a YRMC a tener acceso a cualquier información de mi salud disponible en un HIE, y YRMC también puede hacer que mi información de salud de YRMC esté disponible a través de HIE en los cuales participa a menos que yo opte por no participar. Si opto por no participar marcando esta casilla, YRMC excluirá toda mi información médica de YRMV de los HIE en los que participa.

Opto por no participar en un HIE

Autorización para asignar beneficios y divulgar información a YRMC:

Autorizo a mi(s) pagador(es) a pagar directamente a YRMC cualquier beneficio debido bajo los términos de mi(s) plan(es) de cuidado de salud por los servicios proporcionados por YRMC. Entiendo que YRMC se reserva el derecho de rechazar o aceptar la asignación de beneficios médicos.

Si soy beneficiario de Medicare, solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o a YRMC en mi nombre por cualquier servicio prestado. Si mi(s) plan(es) de atención médica no permite(n) el pago directo a YRMC o si YRMC decide no aceptar la asignación de beneficios médicos, estoy de acuerdo en pagar a YRMC todos los pagos de atención médica que reciba por los servicios. Autorizo a YRMC a contactar a mi(s) pagador(es) para obtener toda la información financiera pertinente con respecto a la cobertura y los pagos realizados bajo mi(s) plan(es) de atención médica y para que mi(s) pagador(es) divulgue(n) dicha información a YRMC.

Condiciones del servicio

Declaración de responsabilidad financiera: Reconozco que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados, incluyendo cualquier cantidad que no haya sido pagada por mi(s) plan(es) de atención médica, aparte de los términos de facturación y las restricciones de un programa gubernamental. Esto incluye cualquier copago, coseguro o deducibles. Autorizo a YRMC a aplicar cualquier balance de crédito en mi cuenta a cualquier cantidad que yo deba a una o más entidades de YRMC.

Facturas de médicos y proveedores: El paciente entiende que YRMC facturará a los médicos empleados por YRMC y por los servicios proporcionados por YRMC. El paciente entiende que los médicos no empleados por YRMC facturarán por separado de YRMC. Algunos ejemplos de facturación por separado incluyen pero no se limitan a los proveedores de emergencia, radiología, anestesiología y ambulancia/transporte. No todos los proveedores o médicos participan en los mismos planes de seguro que YRMC, lo cual puede afectar los reembolsos de su seguro, la cobertura y las cantidades por las que se le puede cobrar. El paciente libera a YRMC de toda responsabilidad por cualquier reclamo basado en un acto u omisión de un empleado de YRMC siguiendo las instrucciones de cualquier médico que trate a un paciente en YRMC.

Cotizaciones de precios: Entiendo que cualquier cotización de precios dada es una estimación de los servicios esperados. Las cotizaciones no incluyen los honorarios de los médicos por los servicios en la mayoría de las circunstancias. Las cotizaciones de precios pueden variar significativamente de los cargos reales.

Política de asistencia financiera: YRMC está comprometido a proporcionar asistencia financiera a aquellos con necesidades de atención médica que no están asegurados, tienen un seguro insuficiente o no pueden pagar pero no son elegibles para un programa del gobierno. Acepto que YRMC puede obtener información financiera, incluyendo reportes de crédito del consumidor, para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera y/o opciones de pago.

Resolución de disputas: Estoy de acuerdo que cualquier disputa (incluyendo reclamos por lesiones personales) relacionada con los servicios de atención médica prestados por YRMC está sujeta a la jurisdicción exclusiva de la corte apropiada en el estado de Arizona. Cualquier acción de la corte estatal debe ser presentada en el condado donde el proveedor de los servicios disputados se encuentra físicamente cuando se prestan los servicios. Este acuerdo también se aplica a mis representantes legales y a mis familiares más cercanos.

Uso del teléfono: Estoy de acuerdo que YRMC, sus afiliados y agentes pueden usar un sistema automatizado de marcación telefónica, mensajes pregrabados y mensajes de texto para contactar a los números celulares y/o líneas residenciales que yo provea a YRMC para propósitos de citas y pagos.

Aviso de prácticas de privacidad y derechos de paciente: Reconozco que se me ha ofrecido el Aviso de prácticas de privacidad de YRMC y la forma de mis derechos de paciente, en el momento del registro, que se puede ver en: www.yumaregional.org

También puedo solicitar una copia durante mi visita.

ATENCIÓN: Este es un documento legal. No se aceptarán cambios en este formulario. Las solicitudes de alteraciones se pueden hacer llamando al 928-336-7008. Al firmar, acepto que estoy de acuerdo y entiendo los términos de este formulario. *Entiendo que tengo el derecho de revocar las autorizaciones en este formulario en cualquier momento notificando a YRMC por escrito, excepto en la medida en que YRMC ya haya tomado acción basándose en ellas. Estas autorizaciones seguirán siendo válidas hasta que yo las revoque por escrito.*

- **Si el paciente tiene 18 años de edad o más,** el paciente debe firmar y fechar el formulario.
- **Si el paciente tiene 18 años de edad o más** y es incapaz de firmar, un sustituto legalmente autorizado puede firmar y fechar el formulario. Indique su autoridad legal e incluya documentación de su relación:

Tutor legal o guardián **Agente de atención médica (Poder legal para atención médica)** **Otro representante legal**

- **Si el paciente tiene 17 años de edad o menos,** el padre o tutor legal del paciente debe firmar y fechar el formulario, a menos que exista una excepción bajo la ley estatal o federal. Indique su relación: **Padres** **Tutor legal**

Firma

Fecha de la firma

Nombre de la persona que firma en letra de imprenta (si no es el paciente)