



Bienvenido a  
**CARE**  
**Fertility**

Agradecemos su elección de CARE Fertility como su centro de reproducción. Es un privilegio para nosotros asistirle en su proceso y estamos dedicados a ofrecerle una atención excepcional. Nuestra misión es optimizar su experiencia mediante una comunicación clara, soluciones médicas avanzadas y un servicio compasivo adaptado a sus necesidades particulares.

La experiencia de nuestro equipo se fundamenta en el profesionalismo y la empatía, enriquecidos por los últimos avances en medicina reproductiva. Nos dedicamos a establecer un entorno de apoyo en el que se aborden sus inquietudes y se acojan con agrado sus preguntas. No dude en ponerse en contacto con nosotros para recibir asistencia.

Un cordial saludo,  
El equipo de CARE Fertility

# Política financiera y de pagos integral: lo que debe saber

## PAGO DE SERVICIOS

El pago es necesario en el momento de recibir el servicio. Aceptamos las principales tarjetas de crédito, cheques personales, efectivo y ofrecemos opciones de financiación interna para atender diversas necesidades financieras, incluido CareCredit para pacientes que cumplan con los requisitos.

## COBERTURA ASEGURADORA

Participamos en la mayoría de los planes de seguro PPO. Por favor, presente su tarjeta de seguro para su verificación durante la primera visita. Notifíquenos de inmediato sobre cualquier modificación en su seguro para prevenir interrupciones en el servicio.

## PROCESO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS

Para cada procedimiento, usted firmará un Aviso Anticipado de Beneficiario (ABN), lo que nos permitirá presentar reclamaciones a su proveedor de seguros en su nombre.

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.

Los copagos y deducibles deben abonarse en el momento del servicio, conforme a lo establecido en su contrato de seguro. Los servicios que no estén cubiertos por su seguro o que se consideren innecesarios se facturarán directamente a usted.

## FACTURACIÓN DEL CENTRO QUIRÚRGICO.

Los servicios profesionales se facturan dentro de la red, mientras que los costos por instalaciones pueden facturarse fuera de ella. En tales situaciones, se necesitarán dos ABN y se tramitarán dos reclamaciones.

Para obtener más detalles o aclaraciones, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina.

# Aviso sobre prácticas de privacidad: un resumen

## OPERACIONES DE ATENCIÓN SANITARIA

Su información médica se emplea para mejorar nuestros servicios y asegurar una atención de calidad.

## TRATAMIENTO

Compartimos la información pertinente con los profesionales de la salud directamente involucrados en su atención.

## PAGO

Se ofrecen detalles relevantes a las aseguradoras y entidades de facturación para propósitos de reembolso.

## MARKETING

Se puede emplear información de contacto restringida para comunicar actualizaciones o servicios que se ajusten a su plan de tratamiento.

## SUS DERECHOS

Puede solicitar acceso a sus registros, establecer restricciones en el intercambio de datos y ejercer otros derechos contactando a nuestra oficina.

Escanee el código QR para acceder a nuestra política completa de HIPAA en línea.

<https://carefertility.net/es/hipaa-privacy-notice/>



# HIPAA - Utilización y divulgación de información médica protegida

---

Autorización del paciente y acuse de recibo Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (164.508 (a)). Yo, el abajo firmante, reconozco que, como parte de mi atención médica, CARE Fertility genera y mantiene registros médicos que detallan mi historial clínico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para tratamientos futuros. Entiendo que esta información tiene como finalidad:

Una fundamentación para la planificación de mi atención y tratamiento;

- Un canal de comunicación entre los profesionales de la salud que puedan contribuir a mi atención médica.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y la información quirúrgica a mi factura.
- Un mecanismo mediante el cual un pagador externo puede confirmar que los servicios facturados fueron efectivamente proporcionados;
- Una herramienta para la realización de operaciones sanitarias rutinarias, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Se me ha facilitado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que ofrece una descripción más detallada de los usos y divulgaciones de información.

# Aviso sobre los derechos del paciente

---

Este aviso describe los derechos y responsabilidades del paciente. Por favor, léalo con atención.

## SUS DERECHOS:

Recibir atención profesional y respetuosa sin distinción de raza, color, sexo o creencias religiosas.

Esperar que se realice todo el esfuerzo necesario para comunicarse de manera efectiva, sin importar las barreras lingüísticas.

3. Obtener la información necesaria para el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento.

4. A rechazar el tratamiento en la medida permitida por la legislación y a ser informado sobre las consecuencias.

5. Obtener plena consideración de la privacidad y la confidencialidad.

6. Inspeccionar o solicitar copias de sus registros mediante un aviso razonable y el pago de tarifas por copias, mediante una solicitud escrita a la oficina.

7. Estar al tanto de otros profesionales que le asistirán en su atención.

8. Aceptar o rechazar participar en actividades de investigación.

9. Solicitar y recibir una factura desglosada de los servicios proporcionados en CARE Fertility. Antes de comenzar el tratamiento, tiene derecho a ser informado sobre los cargos habituales y estimados.

10. Obtener asistencia para asegurar la continuidad de la atención y apoyo en la búsqueda de un médico alternativo cuando lo desee.

Discutir cualquier inquietud, queja o sugerencia con el Representante del Paciente y revisar la política y el procedimiento de CARE Fertility en relación con la presentación de sugerencias y quejas.

## SUS OBLIGACIONES:

Divulgar, en la medida de lo posible, información exhaustiva y precisa sobre su estado, medicamentos (incluidos productos de venta libre y suplementos), alergias o sensibilidades, síntomas y otros factores que podrían contribuir a realizar un diagnóstico y determinar su tratamiento.

Notificar de manera rápida al médico sobre cualquier cambio en su estado.

3. Continuar, en la medida de lo posible, con cualquier plan de tratamiento establecido.

Proporcionar un adulto responsable que lo transporte y permanezca con usted durante 24 horas, según sea necesario, para diversas cirugías y otros tratamientos.

- 
5. Comunicar de manera clara al médico si no comprende o no está de acuerdo con alguna parte de su plan de tratamiento.
  6. Realizar todos los esfuerzos para asistir a todas las citas programadas, llegar puntualmente y contactar a la oficina lo antes posible si es necesario cancelar o reprogramar.
  7. Proporcionar toda la información necesaria sobre el seguro, efectuar el pago puntual de todos los cargos que le correspondan y asumir la plena responsabilidad de las obligaciones financieras vinculadas a su atención médica.
  8. Mostrar respeto y consideración hacia otros pacientes, el personal y los proveedores de atención médica.
  9. Cumplir con las normativas y regulaciones de CARE Fertility en relación con los pacientes.

Nos reservamos el derecho de modificar el aviso en cualquier momento y de publicar un nuevo Aviso de derechos del paciente. El nuevo aviso estará disponible en nuestras salas de espera para pacientes y podrá solicitar una copia impresa o electrónica a través de nuestro personal de recepción.

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de derechos del paciente en cualquier momento futuro. Hasta que se efectúe dicha modificación, estamos legalmente obligados a cumplir con los términos de este Aviso que se encuentran actualmente vigentes. Una vez realizada la modificación, el Aviso de derechos del paciente revisado se aplicará a toda la información médica protegida que poseemos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual en nuestra área de recepción y estará disponible a solicitud.



## Asociación Americana para la Acreditación de Instalaciones de Cirugía Ambulatoria, Inc. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Este centro acreditado presenta los Derechos y Responsabilidades del Paciente para reflejar su compromiso con la atención médica de calidad, facilitar el diálogo entre los pacientes, sus médicos y la administración del centro, y promover la satisfacción entre los pacientes y sus personas de apoyo designadas, médicos y profesionales de la salud que colaboran en la prestación de la atención. Este centro reconoce que una relación personal entre el médico y el paciente es un componente esencial para ofrecer una atención médica adecuada. Cuando la atención médica se proporciona dentro de una estructura organizacional, el propio centro tiene la responsabilidad ante el paciente de fomentar relaciones personales ampliadas y comunicaciones abiertas entre los pacientes y sus personas de apoyo designadas, los médicos y los miembros del personal de la organización. Este centro tiene múltiples funciones, que incluyen, entre otras, la prevención y el tratamiento de afecciones médicas, la educación a los profesionales de la salud y los pacientes, y la realización de investigaciones clínicas. Todas estas actividades deben llevarse a cabo con una preocupación primordial por el paciente y, sobre todo, con el reconocimiento de su dignidad como ser humano. Aunque ningún catálogo de derechos puede garantizar que el paciente recibirá el tipo de tratamiento que tiene derecho a esperar, estos derechos del paciente se afirman e incorporan activamente en la atención proporcionada en este centro.

El paciente tiene el derecho a recibir atención digna y respetuosa en un entorno seguro.

El paciente tiene el derecho de conocer el nombre del médico encargado de coordinar su atención.

El paciente tiene el derecho de recibir información de su médico en términos que pueda comprender de manera razonable. Esta información puede abarcar, entre otros aspectos, su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y alternativas médicamente relevantes para el cuidado o tratamiento que puedan estar disponibles. En los casos en que no sea médicamente aconsejable compartir información específica con el paciente, esta debe ser proporcionada a una persona adecuada en su nombre. Además, cuando se incluyan alternativas médicas en el plan de atención, el paciente tiene derecho a conocer el nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de los procedimientos y/o tratamientos.

4. El paciente tiene el derecho de recibir de su médico la información necesaria para otorgar su consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento. Esta información incluye, entre otros aspectos, el procedimiento o tratamiento específico, la duración probable de la incapacidad, los riesgos médicamente significativos que conlleva y las disposiciones para la atención de emergencia.

5. El paciente tiene el derecho de esperar que este centro de cirugía ambulatoria acreditado ofrezca evaluación, servicios y/o derivaciones según lo indicado en situaciones de urgencia. Cuando sea médicamente permitido, el paciente o la(s) persona(s) de apoyo designada(s) recibirán información y explicaciones completas sobre la necesidad y las alternativas de traslado a otro centro. El centro al que se trasladará al paciente debe haber aceptado previamente el traslado.

El paciente tiene el derecho de rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y de ser informado sobre las consecuencias médicas de su decisión.

7. El paciente tiene derecho a recibir información sobre cualquier vínculo financiero y/o profesional que exista entre este centro y otras instituciones de atención médica y educativas en relación con su atención. Asimismo, el paciente tiene derecho a conocer cualquier relación profesional que exista entre las personas involucradas en su procedimiento o tratamiento.

8. El paciente tiene el derecho a ser informado si este centro de cirugía ambulatoria acreditado tiene la intención de participar o llevar a cabo experimentos humanos que puedan influir en su atención o tratamiento. Asimismo, el paciente tiene el derecho a rechazar su participación en proyectos de investigación.

El paciente tiene derecho a que se respete su privacidad a lo largo de toda su experiencia en la atención médica, lo que incluye, entre otros, los siguientes aspectos: confidencialidad y conducta discreta durante las discusiones sobre el caso, las consultas, los exámenes y los tratamientos. Las personas que no estén directamente involucradas en su atención deberán contar con el permiso del paciente para estar presentes. Todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención del paciente se manejarán de manera confidencial.

10. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable en la atención, que abarca, entre otros, los siguientes aspectos: el derecho a conocer de antemano los horarios de citas y médicos disponibles, así como su ubicación. El derecho a acceder a la información proporcionada por su médico sobre los requisitos de atención médica continua tras el alta. El número al que debe llamar para realizar consultas o recibir atención de emergencia.

El paciente tiene el derecho de acceder y revisar la explicación de su factura, sin importar la fuente de pago.

12. El paciente y la(s) persona(s) de apoyo designada(s) tienen el derecho de conocer las normas y reglamentos del centro que rigen su conducta como paciente y huésped en todas las etapas del tratamiento.

El paciente tiene el derecho de estar protegido contra cualquier forma de abuso, negligencia o acoso.

14. El paciente tiene el derecho de ejercer sus derechos sin ser objeto de discriminación ni represalias.

Responsabilidades del paciente.

Es responsabilidad del paciente involucrarse activamente en las decisiones que impactan su atención médica y asumir las consecuencias de dichas decisiones en caso de que surjan complicaciones. Asimismo, el paciente debe seguir las indicaciones de su médico, tomar los medicamentos según lo prescrito y formular preguntas que surjan en relación con su atención médica.

Es responsabilidad del paciente proporcionar el nombre de una persona de apoyo en caso de emergencia y asegurarse de que dicha persona esté disponible cuando se le solicite.

Dirija cualquier duda o reclamación relacionada con la atención médica a:

Dirija cualquier duda o reclamación relacionada con la atención médica a:

Director de la instalación: Dr. Rodolfo Quintero Teléfono: (818) 230-7778

Y el Equipo de Investigaciones de QUAD A

Teléfono: (888) 545-5222

Correo electrónico: [investigaciones@quada.org](mailto:investigaciones@quada.org)

Departamento de Salud: DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL  
CONDADO DE LOS ÁNGELES Teléfono: (888) 770-9995

Oficina del Defensor del Beneficiario de Medicare

Teléfono: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Sitio web: <http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/derechos-de-medicare/obtener-ayuda/ombudsman.html>

## Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) (164.506 (a))

Entiendo que:

Tengo el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad del proveedor antes de firmar este consentimiento;

Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida (PHI) con el fin de realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO).

Asimismo, podemos emplear cualquiera de los siguientes métodos para enviarle recordatorios de citas, declaraciones de pacientes, encuestas, noticias ocasionales, mensajes educativos e información relacionada con asuntos de seguros o su atención clínica, incluidos los resultados de pruebas de laboratorio, entre otros:

Correo postal: a domicilio o a otra dirección alternativa  Teléfono: teléfono móvil, domicilio u otro número alternativo (también podemos dejar un mensaje en su buzón de voz)  Mensajes de texto (pueden aplicarse tarifas estándar de SMS)  Correos electrónicos

Esta orden seguirá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

# AVISO Y ACUSE DE RECIBO Y COMPRENSIÓN

AVISO A LOS PACIENTES Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. Para verificar una licencia o presentar una queja, visite [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov), envíe un correo electrónico a [licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:licensecheck@mbc.ca.gov) o llame al (800) 633-2322.

---

Fecha

---

Nombre del paciente (a máquina o en letra de imprenta)

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Nombre y parentesco del representante del paciente  
(a máquina o en letra de imprenta)

---

Firma del representante del paciente

Actualizado a conservar en el historial médico del paciente.



Oficina de Glendale  
500 E. Colorado Street Suite #400,  
Glendale, CA 91205  
[\(818\) 230-7778](tel:(818)230-7778) | [\(888\) 873-4727](tel:(888)873-4727) FAX

Oficina de Upland  
510 N. 13th Avenue Suite #304,  
Upland, CA 91786  
[\(909\) 953-5042](tel:(909)953-5042) | [\(888\) 873-4727](tel:(888)873-4727) FAX