

Por favor llene este formato de aplicación y regrese con los documentos necesarios que prueban la autenticidad de su información al departamento de finanzas del paciente en el Hospital Regional de St. Anthony P.O. Box 628, Carroll, IA 51401. Sus preguntas pueden ser dirigidas al: (712) 794-5233.

Primer nombre: _____ Segundo: _____ Apellido(s): _____

Nombre de esposo(a): _____ Segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Número de seguro social # _____ Número de seguro social de su esposo(a) # _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Número telefónico adicional: _____

Liste a todas las personas que viven en la casa: *(empezando con usted mismo)* Considere añadir todas las cuentas de todos los miembros de la familia.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Edad	Está usted aplicando por esta persona?	
_____	<u>YO MISMO</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Ha usted aplicado para el servicio de Medicaid (de acuerdo con el Título XIX de la ley)?

- SI NO, DETENGASE EN ESTE MOMENTO POR FAVOR!! USTED DEBIÓ HABER APLICADO PARA MEDICAID EN LINEA AL www.dhs.iowa.gov Y DEBIÓ HABER RECIBIDO UNA NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN .
- SI USTED YA APLICÓ, ENTONCES USTED DEBE TRAER CONSIGO LA COPIA DE LA CARTA DE NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DEL DHS (Departamento de Servicios Humanos).

INFORMACION DE SEGURO MÉDICO

¿Tiene usted seguro médico? SÍ NO

Si usted ya cuenta con seguro médico, ¿lo tiene a través de su trabajo? _____.

Nombre del titular de la póliza _____ Número de póliza _____

Si NO, ¿su empleador ofrece seguro médico? _____

Nombre de la compañía de seguros _____

INGRESOS (*Liste todos los ingresos generados por las personas que viven en la casa. Incluya sueldos del trabajo, trabajo por cuenta propia, seguro social, prestaciones de veteranos, seguro de desempleo, ayuda de manutención, discapacidad, fondos de retiro, IPERS, pensión, servicio civil, dinero en efectivo de amigos o familiares etc.*)

Persona que recibe el dinero	Empleador o fuente de ingresos	Pago Neto	Frecuencia del Pago
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

BIENES

Nombre del banco _____ Balance cuenta de cheques \$ _____

Cuenta de ahorros \$ _____ Cuenta de gastos médicos \$ _____

Cuenta de gastos flexibles \$ _____

Rentando | Comprando una casa

Pago mensual \$ _____ Valor \$ _____ cantidad que debe \$ _____

Es dueño de otra casa? _____ Si respondió que Sí, dónde _____ Valor \$ _____

Marca/Año de sus vehículos _____ Acreedor prendario de vehículos _____

Liste cualquier vehículo para recreación que posea usted _____

GASTOS MENSUALES DE LA CASA:

Comida \$ _____ Luz eléctrica \$ _____ Gas \$ _____ Agua \$ _____ Cable \$ _____

Teléfono \$ _____ Medicinas \$ _____ Pensión conyugal / Ayuda de manutención \$ _____

Cuotas de seguros: Médico \$ _____ Auto \$ _____ Casa \$ _____

Tarjetas de crédito \$ _____ Otros _____

Usted debe de proveer una copia del pago de sus impuestos federales del año pasado junto con esta aplicación. Si no puede proporcionar los documentos de sus impuestos federales, entonces una copia de su talón de pago de los últimos 3 meses, ingresos del seguro social, ingresos por incapacidad/discapacidad o cualquier otro ingreso que reciban en su hogar será suficiente junto con la carta de la notificación de acción del DHS.

POR FAVOR LEA Y FIRME EN LA PARTE DE ABAJO

Entiendo y asumo completa responsabilidad de la veracidad de las declaraciones estipuladas en este formulario, y comprendo que el hospital regional de St. Anthony utilizará esta información para mi elegibilidad para el programa CARES. Si alguna información cambia es mi responsabilidad reportar los cambios. También comprendo que cualquier representación o declaración falsa o encubrimiento de información en mis declaraciones o documentos resultará en la terminación inmediata de la ayuda financiera otorgada a mí o a mi familia, y que yo seré responsable de repagar toda ayuda financiera recibida previamente.

Yo certifico que la información dada en esta aplicación y la documentación adicional es correcta y está completada lo mejor que mis capacidades me lo permiten. Autorizo al Hospital Regional de St. Anthony para investigar en la revisión de mi aplicación para ayuda financiera.

Al firmar este formulario reconozco que he leído las cláusulas y estoy de acuerdo con las políticas de ayuda financiera del Hospital Regional de St. Anthony y en las reglas y requerimientos de las mismas.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma del Co-Solicitante _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA Fecha limite para completar: _____
Recibido en: _____ Aprobado en : _____

POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA

POLÍTICA: El Hospital Regional de St. Anthony se esfuerza para servir a las necesidades de todos los pacientes sin importar la capacidad que tenga el paciente para pagar. Nosotros estamos comprometidos a tratar a todos nuestros pacientes con equidad, dignidad y compasión. El Hospital Regional de St. Anthony apoyará a todos los pacientes para recibir los recursos disponibles para ayudarles con pago de los servicios.

ÁMBITO: El Hospital Regional y Hogar para ancianos de St. Anthony es una instalación libre de impuestos, ya que está bajo la cobertura del número de identificación de impuestos 501 (C)(3).

PRINCIPIOS: Como organización caritativa exenta de impuestos bajo el código de rentas internas (IRC) sección 501(C) (3), el Hospital Regional de St. Anthony no negará el cuidado médico a los pacientes debido a su inhabilidad para pagar por esos servicios de salud. A cambio, los pacientes tienen la responsabilidad de adquirir cobertura de un seguro y pagar su porción por los servicios de salud recibidos y el Hospital Regional de St. Anthony tiene el deber de pedir el pago de parte de los pacientes.

De acuerdo con el código de rentas internas sección 501(r), de manera que el Hospital Regional de St. Anthony continúe siendo exento de impuestos es necesario que este adopte y ampliamente publique sus políticas para la ayuda financiera (FAP).

El propósito de esta política es delinear las circunstancias bajo las cuales el Hospital Regional de St. Anthony proveerá servicios con descuento para pacientes con necesidad financiera.

DEFINICIONES:

1. Pacientes. Incluyen ambos el paciente y/o el aval del paciente.
2. Hospital. Incluye todas las entidades que proveen el cuidado médico por parte del Hospital Regional y Clínicas de St. Anthony.
3. Cuidado Médico de Emergencia. Es definido por el EMTALA como una condición manifestada por sí misma por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo), los cuales con la ausencia de la atención medica inmediata podría razonablemente esperarse que resulten en poner seriamente en riesgo la vida y salud de un individuo [o del no nacido], o serias deficiencias de las funciones del cuerpo, o disfunciones serias de los órganos del cuerpo. Esto incluye mujeres embarazadas con condiciones de emergencia, las cuales deben ser atendidas hasta que se haya completado el alumbramiento, a menos que una transferencia bajo los estatutos sea lo apropiado.
4. Cuidado médico necesario. Servicios de salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, trastorno o sus síntomas que cumplan con los estándares aceptables de la medicina.
5. Ayuda financiera. El programa CARES es la política de ayuda financiera (FAP) del Hospital Regional de St. Anthony por el cual los pacientes pueden aplicar para recibir ayuda que satisfaga sus responsabilidades del cuidado de la salud.
6. Resumen en lenguaje sencillo. Un documento que es fácil de leer y comprender su uso y resume el proceso de aplicación del programa CARES de St. Anthony.

POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA

7. Pacientes idóneos para CARES. Pacientes que siguen los procedimientos marcados por esta política y están determinados como aptos para recibir la ayuda financiera bajo esta política.
8. Cantidades permitidas. Máxima cantidad de pago para los servicios médicos cubiertos.
9. Cantidades generalmente cobradas a los individuos que tienen seguro (AGB). Un método utilizado por hospitales para calcular los montos que generalmente les son facturados a los individuos que poseen seguro en esta política.
 - a. Las montos actuales del cobro para los AGB del Hospital Regional de St. Anthony son anexados con el nombre Schedule A para esta política. Los montos para los AGB se actualizarán anualmente.
10. Factura tras alta del paciente. La primera factura que le es enviada al paciente después de que los servicios sean prestados y el paciente haya sido dado de alta.
11. Periodo de Aplicación. El periodo en el cual el Hospital Regional de St. Anthony debe procesar y aceptar las aplicaciones para la ayuda financiera. Este proceso comienza en la fecha en la que el cuidado médico es prestado y termina el 240 días después de que la primera factura tras el alta del paciente haya llegado o también puede ser la fecha límite indicada por el hospital o la fecha límite para proveer información adicional para la aplicación.
12. Esfuerzos razonables. Son considerados esfuerzo razonables para el Hospital Regional de St. Anthony los siguientes:
 - a. Dar tiempo razonable para aplicar para la ayuda previo al inicio de los intentos de colecta del pago, o ECAs por sus siglas en inglés.
 - b. Seguir las reglas para las aplicaciones de ayuda financiera (FAP) entregándolas dentro de los 240 días después de que haya llegado la primera factura tras el alta del paciente.
 - c. Si hay una aplicación incompleta dentro de los 240 días después de la primera factura tras alta del paciente, el Hospital Regional de St. Anthony suspenderá cualquier ECA y notificará al individuo con la información necesaria para completar la aplicación y le dará tiempo razonable para responder.
 - d. Si hay una aplicación completa dentro de los 240 días después de la primera factura tras alta del paciente, el Hospital Regional de St. Anthony suspenderá cualquiera de los ECAs y notificará al individuo sobre su elegibilidad y facturas médicas actualizadas.
 - e. Si la aplicación del FAP es archivada en el Hospital Regional de St. Anthony en el día de la fecha límite o una fecha cercana a la fecha límite, la aplicación será procesada en una modalidad acelerada.
 - f. Se le enviará notificaciones a los pacientes 30 días previos al inicio de cualquier de los ECAs.

POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA

ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA FINANCIERA: La ayuda financiera está disponible para todos los pacientes que reciben los servicios médicos requeridos incluyendo cuidados de emergencia y otros cuidados médicos necesarios. La ayuda financiera deberá ser basada en los siguientes lineamientos, a menos que se indique lo contrario o entre en conflicto con los requerimientos de las leyes estatales.

CARES- Pacientes candidatos que se encuentra debajo del 400% de las guías federales actuales de los ingresos y niveles de pobreza (FPLG) podrán ser candidatos idóneos para CARES. Pacientes idóneos para CARES no se les cobrará más de lo que generalmente se les cobra a pacientes que cuentan con seguro médico.

Las facturas del Hospital Regional de St. Anthony serán reducidas aun más por cantidades establecidas para los pacientes en cada categoría FPIG como se muestra en el Schedule B.

Los ingresos del hogar serán considerados para determinar si un paciente es apto para recibir la ayuda. Los ingresos del hogar incluyen pero no están limitados a los siguientes: matrimonios tradicionales, hijos (biológicos, hijastros o adoptados), parejas viviendo juntos (parejas casadas o en unión libre requiere que ambas partes se presenten como pareja y compartan gastos, ya sea del mismo sexo o de hombre/mujer), y compañeros de piso. El tamaño de familia y o casa consiste en todas las personas que habitan en una casa, aunque sean parientes o no.

Para los propósitos del programa CARES, los ingresos se refieren a todas las ganancias antes de impuestos de todos las fuentes de ingreso del hogar. Esto incluye sueldos y salarios sin contar reducciones, recibos por autoempleo, negocio, granja, asistencia pública, seguro social, desempleo, compensación por incapacidad, beneficios de los veteranos, pensión alimenticia, ayuda de manutención, reparto de fondos para las familias de los militares, pensiones, concesiones, apoyos de fundaciones, ganancias de apuestas o de la lotería. La lista de arriba son ejemplos de ingresos y no está todo incluido.

Además de los ingresos del hogar, el hospital considerará el alcance al que el paciente posea recursos que puedan ser utilizados para cumplir con su obligación financiera. Activos pueden incluir, pero no se limitan a, dinero en efectivo, cuenta de ahorros, cuenta de cheques, certificados de depósito, acciones y bonos, cuentas individuales del retiro (IRAs), fideicomisos, bienes raíces (excluyendo la casa del paciente) y vehículos de motor. El hospital también tomará en cuenta cualquier obligación que sea la responsabilidad de la familia del paciente.

Para aliviar el estrés relacionado con las responsabilidades financieras, a las familias con una catástrofe médica con cuentas médicas mayores al 20 por ciento de los ingresos anuales del hogar en un año de enero a diciembre serán candidatos para descuentos substanciales.

COMUNICANDO LA INFORMACION PARA LA AYUDA FINANCIERA: El Hospital Regional de St. Anthony comunicará la disponibilidad del programa CARES a todos los pacientes dentro de la comunidad, Copias de la política de ayuda financiera (FAP), la aplicación de CARES y un resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles por correo, en el sitio web del Hospital Regional de St. Anthony y del Hogar para Ancianos y con la persona del departamento de finanzas.

El departamento de finanzas está disponible por teléfono al (712) 794-5253 para responder preguntas acerca de la política o los pacientes pueden visitar este departamento en el 1^{er} piso del hospital.

POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA

El Hospital Regional de St. Anthony desarrollará un resumen de esta política en lenguaje sencillo.

1. El resumen en lenguaje sencillo será disponible por correo o en la página de internet del Hospital Regional de St. Anthony y el Hogar para Ancianos y en persona con el departamento de finanzas del hospital.
2. El resumen en lenguaje sencillo será ofrecido como parte del proceso de entrada o de salida del hospital.
3. El resumen en lenguaje sencillo debe ser incluido cuando se le envían por escrito al paciente notificaciones de que acciones extraordinarias de colecta de pago van a ser tomadas contra de él/ella. La política de facturas y recolección de pagos del Hospital Regional de St. Anthony contiene detalles adicionales acerca de las facturas y las prácticas de recolección de pagos y podría ser obtenido en el departamento de finanzas y en la página web del hospital y del hogar para ancianos.

Esta política para la ayuda financiera, el resumen en lenguaje sencillo y todos los formularios para ayuda financiera deben de estar disponibles en inglés y cualquier otra lengua en la cual las poblaciones con limitantes en su competencia con el idioma inglés (LEP) representen la menor: 1,000 personas o más del 5% de la comunidad a la que sirve el hospital. Estos documentos traducidos les serán enviados por correo o estarán disponibles en la página de internet del Hospital Regional y Hogar para ancianos de St. Anthony y también en persona en el departamento de finanzas.

Estas notificaciones y documentos podrán ser provistos electrónicamente.

LINEAMIENTOS DE LA POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA: El Hospital Regional de St. Anthony les proveerá opciones razonables a los pacientes quienes están haciendo esfuerzos de buena fe para pagar sus deudas. Sin embargo, se requiere que los pacientes paguen lo que deben por los servicios de salud que han recibido y la colecta del pago será parte del proceso, si así se indica.

El hospital realizará esfuerzos razonables para hacer saber a los pacientes del programa CARES (Política para la ayuda financiera del Hospital Regional de St. Anthony) y del proceso de aplicación. No se pondrá en efecto los intentos extraordinarios de recolecta de pagos (ECAs) antes de utilizar la política para la ayuda financiera primero.

Esfuerzos razonables incluyen todas las siguientes acciones del Hospital Regional de St. Anthony:

1. Proveer notificaciones por escrito a los pacientes en sus estados de cuenta y facturas del procesador de pagos que la ayuda financiera está disponible.
2. Determinar en relación a la elegibilidad para la ayuda financiera si el paciente entrega la aplicación completamente terminada de CARES durante el periodo de aplicación.
3. Notificar al paciente que presenta una aplicación de CARES incompleta explicando como puede completarla apropiadamente, y dándole al paciente oportunidad razonable para realizarlo. El Hospital debe de proveer esta notificación por escrito y debe de proveer también su información de contacto para los recursos de ayuda que tiene el paciente para completar la aplicación de CARES.
4. Proveer un resumen en lenguaje sencillo identificando las acciones extraordinarias para colectar el pago (ECAs) que el hospital tomará si es necesario y estipular la fecha límite después de la cual se iniciarán los ECAs la cual no es menor a los 30 días después de que la notificación por escrito haya sido provista.

POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA

MÉTODO PARA APLICAR PARA LA AYUDA FINANCIERA:

1. El paciente contrata un seguro para cobertura o busca un seguro de daños a terceros. Para poder ser considerado para la ayuda financiera, el paciente deberá proveer información para identificar otros recursos financieros que podrán ser disponibles para pagar por los servicios de salud del paciente, tales como seguro médico, Medicaid, Medicare, seguro de responsabilidad de terceros, etc.

2. El paciente deberá de completar la aplicación del programa CARES. Para ser considerado para la ayuda financiera, el paciente deberá presentar ante el hospital la aplicación de CARES junto con la documentación de soporte. La aplicación podrá ser considerada usando la información que es colectada por escrito, oralmente y una combinación de ambas.
 - a. Si la aplicación de CARES ha sido completada y el hospital cree que el paciente podría calificar para Medicaid, el hospital podría posponer la decisión de elegibilidad hasta después de que el paciente aplique para Medicaid y Medicaid presente una determinación al hospital. Además la fecha límite se extenderá debido a estas circunstancias.
 - b. Si el paciente entrega una aplicación completa de CARES en cualquier punto dentro del periodo de aplicación, entonces las acciones de colección de pago (ECAs) serán suspendidas y se procesará la aplicación.
 - c. En el evento en que una aplicación de CARES esté incompleta dentro del periodo de aplicación no se tomarán acciones para la colecta de pago (ECAs) hasta que cualquiera de los siguientes sean realizados:
 - i. El paciente completa la aplicación de CARES y el Hospital Regional de St. Anthony determina si el paciente es un candidato idóneo.
 - ii. El paciente fracasa en regresar la aplicación completa de CARES dentro de los 240 días de la fecha de la primera factura tras alta del paciente o la fecha límite provista al paciente en su notificación.
 1. El Hospital Regional de St. Anthony podrá iniciar acciones de colecta de pago (ECAs) si el paciente no entrega la aplicación de CARES completa dentro de los 240 días de la fecha de la primera factura tras alta del paciente y si los esfuerzos razonables se han cumplido.

3. Notificación de elegibilidad del paciente. Después de recibir la información financiera del paciente, el Hospital notificará al paciente de su elegibilidad la decisión dentro de un periodo de tiempo razonable.
 - a. Si después del proceso de aplicación del CARES el paciente no califica, el hospital proveerá una notificación por escrito para el paciente explicando su descalificación. El paciente le será enviado la factura de cobro con la cantidad que se debe a través de nuestro sistema de proceso de pagos.
 - b. Si el paciente inicialmente no califica para la ayuda financiera, el paciente podrá reaplicar si existe un cambio en sus ingresos, sus recursos o responsabilidades familiares.
 - c. Para los pacientes que se les ha atendido múltiples veces en el Hospital Regional y las clínicas de St. Anthony nosotros llenaremos los requerimientos de notificación bajo esta política simultáneamente. Si el Hospital de St. Anthony agrega facturas pendientes por múltiples episodios de cuidado, tal vez no se iniciará las acciones de colecta de pago (ECAs) hasta después del periodo más reciente de aplicación por el episodio de cuidado más reciente se haya cumplido.

POLITICA PARA LA AYUDA FINANCIERA

4. Se aplicarán descuentos. El descuento de las cantidades generalmente facturadas (AGB) se aplicará primero (si este aplica) y después el descuento de CARES. Al paciente se le mandará una factura de cualquier pago restante a través de nuestro sistema de proceso de pagos.
 - a Si el paciente califica para la ayuda financiera después de haber realizado pagos, se le hará un reembolso de cualquier pago extra del descuento de las cantidades generalmente facturadas (AGB) y el descuento de CARES se le deberá reembolsar al paciente siempre y cuando el total de la cantidad que deba el paciente sea mayor a cinco dólares.

5. Responsabilidades de los pacientes candidatos para CARES. Un paciente que es candidato apto para CARES debe de cooperar con el hospital para establecer un plan de pagos razonable que toma en cuenta los ingresos disponibles y los otros recursos, las cantidades descontadas de su cuenta y cualquier pago anterior.
 - a Un paciente que es un candidato apto para CARES debe de hacer un esfuerzo de buena fe para honrar sus planes de pago. El paciente es responsable de comunicar cualquier cambio en su situación financiera que pueda impactar su capacidad para pagar las facturas médicas descontadas o que le prevenga realizar cualquiera de sus planes de pago.

LISTA B (SCHEDULE B)

GUÍA ANUAL DEL PROGRAMA CARES 2019

Porcentaje de pobreza					
Tamaño de la Familia	< 200%	250%	300%	399%	> 400%
1	\$24,980	\$31,225	\$37,470	\$49,835	
2	\$33,820	\$42,275	\$50,730	\$67,471	
3	\$42,660	\$53,325	\$63,990	\$85,107	
4	\$51,500	\$64,375	\$77,250	\$102,743	
5	\$60,340	\$75,425	\$90,510	\$120,378	
6	\$69,180	\$86,475	\$103,770	\$138,014	
7	\$78,020	\$97,525	\$117,030	\$155,650	
8	\$86,860	\$108,575	\$130,290	\$173,286	
Para familias con más de 8 personas sume \$4,420 por cada persona adicional					
Porcentaje pagado por el programa CARES					
	AGB + 100%	AGB +65%	AGB + 45%	AGB +10%	AGB solamente

Revisado: 06/28/2019

Revisado: 06/29/2019

LISTA B (SCHEDULE B)

GUÍA ANUAL DEL PROGRAMA CARES 2019

La base para calcular los cargos para personas que califican para el programa CARES es lo siguiente:

Para los individuos que califican para la ayuda financiera a través del programa CARES no se les cobrará más de las cantidades generalmente cobradas a individuos que cuentan con un seguro médico para el cuidado de su salud, "AGB".

El ajuste de AGB no se aplica para las cuentas cuando no se reúnen los requisitos para calificar para el programa.

Para determinar el AGB, el hospital Regional de St. Anthony utiliza el método mirar al pasado para este cálculo de la siguiente manera:

- AGB% es igual a la suma de todas las peticiones por Medicare durante el periodo de 12 meses anterior dividido por la suma de los cargos netos por las mismas peticiones.
- AGB% es calculado anualmente usando el periodo de 12 meses anterior y la nueva tasa que caerá en efecto desde la primera fecha del calendario fiscal del hospital, o el 1^{er} día de julio de cada año.
- AGB estimación: el total de los cargos x AGB = lo que se le puede facturar al paciente
- Lo que se le puede facturar al paciente + lo que paga el seguro = total colectado
- Ajuste total de los cargos = cargos totales – el total que va a ser colectado – el seguro contractual = el ajuste de AGB

En el evento que el individuo haya pagado las cuentas que serán elegibles para el programa de CARE, el AGB se aplicará y se le hará una devolución al individuo.

2019 AGB % es 57 %

La elegibilidad para la ayuda financiera está basada en los servicios médicos que son necesarios y NO en los procedimientos que son opcionales.

- Procedimientos medicamente necesarios son servicios de salud, o utensilios necesarios para diagnosticar o tratar alguna enfermedad, lesión, condición, dolencia, o síntomas que cumplen con los estándares aceptables de la medicina.
- Servicios médicos electivos u opcionales, son aquellos que son escogidos (elegidos). Un procedimiento electivo es aquel que es escogido (elegido) por el paciente o su médico que es beneficioso para el paciente pero no es urgente.