

Consentimiento General De Ingreso Y Tratamiento

CONSENTIMIENTO GENERAL Y ACUERDO DE PAGO DEL TRATAMIENTO

1. Consentimiento para Tratamiento: Estoy ingresando ("el hospital") para obtener atención médica y tratamiento. Doy consentimiento a mi médico, otros médicos consultores o remitentes y a sus asistentes y demás personal del hospital para que me provean todo servicio de tratamiento médico y de diagnóstico que se consideren necesarios y/ o apropiados. Esto incluye todos los exámenes, radiografías, procedimientos de laboratorio, tratamiento, administración de medicamentos y transfusiones de sangre que no requieran mi consentimiento específico e informado por separado. Entiendo que mi médico o la persona designada por mi médico hablará conmigo de las opciones de cuidado y tratamiento. Sé que puedo rehusarme a consentir cualquier procedimiento o tratamiento.

2. Reconocimientos Generales: Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta. No me hicieron una promesa de cura ni del resultado del tratamiento. Entiendo que muchos de los médicos que me atienden en este hospital no son empleados ni agentes de este establecimiento pero este Hospital los autoriza a que provean cuidado médico y tratamiento a los pacientes. Entiendo que el Hospital no es responsable por ningún acto u omisión por las instrucciones dadas por tales contratantes independientes que me atienden en este Hospital. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones de los proveedores de cuidados y hacer planes para un cuidado sucesivo. Entiendo que durante el transcurso del diagnóstico y tratamiento, se podrían extraer células, tejidos o partes con un propósito educativo y a deshacerse de cualquier célula, tejido o parte que se extraiga.

3. Estudiantes: Entiendo que el Hospital tiene acuerdos con organizaciones educativas. Entiendo que los estudiantes pueden proporcionar cuidado y observar mi cuidado. Todo cuidado que ellos me proporcionen será supervisado por mi médico y/o el personal del Hospital.

4. Objetos de Valor: No se recomienda que tenga objetos de valor en el Hospital. Entiendo que el hospital tiene un lugar donde puedo guardar mis objetos de valor. Si deseo tener los objetos de valor conmigo, lo hago a mi propio riesgo y el hospital no es responsable por pérdidas ni daños.

5. Expediente Médico: Entiendo que mi información de salud será guardada, vista y compartida por mis proveedores de salud en un sistema electrónico seguro de expedientes médicos. Una vez que todos los proveedores hayan documentado mis tratamientos y servicios en este expediente compartido, éste no podrá separarse. Acuerdo a que mi expediente médico se comparta con mi compañía de seguros o sus agentes para obtener una pre-autorización para cuidado y para que se paguen mis cuentas. Esta liberación del expediente puede incluir información de abuso de drogas/ alcohol, enfermedad mental, HIV y discapacidades del desarrollo. También entiendo que mi información podría ser compartida para obtener pago por los servicios. Entiendo que el Hospital compartirá sólo lo que sea necesario cada vez que mi expediente médico sea liberado.

6. Beneficios del Seguro Médico/ Acuerdo a Pagar: Acepto pagar todos los cargos adeudados por mi atención y tratamiento a la entidad mencionada anteriormente. Entiendo que mi atención y tratamiento pueden requerir análisis de laboratorio u otros diagnósticos supervisados por un médico independiente que puede facturar por separado. Por la presente, cedo a la Entidad y a los médicos y profesionales asociados al mismo, para que se apliquen a mi factura por servicios, todos mis derechos y reclamaciones de reembolso bajo cualquier plan de salud federal o estatal (incluidos, entre otros, Medicare o Medicaid), póliza de seguro, cualquier plan de atención médica administrada o cualquier otro acuerdo similar con terceros que cubra los costos de atención médica cuyo pago pueda estar disponible para cubrir el costo de los servicios que se me otorgaron. Entiendo que, si decido que se facture a mi seguro, es mi responsabilidad asegurarme de que el servicio otorgado esté cubierto por mi seguro médico. Entiendo que es posible que mi seguro no pague los servicios. Las razones que las compañías de seguros dan para no pagar los

servicios pueden incluir, entre otras: falta de cobertura, necesidad médica, falta de autorización, servicios considerados experimentales y otros basados en los límites del acuerdo entre el asegurado y la compañía de seguros. Sé que, si mi compañía de seguros se negara a pagar por los servicios, más allá de la razón que mi compañía dé para tal negación, yo seré responsable por el pago de dichos servicios. Si mi cuenta se vuelve morosa, entiendo que, si y según lo permitan las leyes federales y estatales aplicables, la Entidad accederá a mi historial crediticio, enviará mi cuenta a una agencia de cobranza para futuras actividades de cobro (incluido el acceso a mi historial crediticio) y podría cobrar intereses sobre mi cuenta. Se puede utilizar un sistema de marcador automático para realizar llamadas telefónicas salientes (según se define dicho término en 47 CFR §64.1200(a)(9)) a los números de teléfono registrados para fines de facturación y cobro.

7. Consentimiento para Pagos, Cobros y Comunicaciones sobre Satisfacción del Paciente. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto, llamadas telefónicas y mensajes pregrabados mediante un sistema de marcado automático de la Entidad o de cualquier médico o grupo médico asociado con mi atención, y de cualquiera de sus agentes, representantes o socios comerciales, incluidos sus proveedores de servicios de facturación y posibles cobradores de deudas, con el fin de gestionar mi cuenta. Dicho sistema podrá utilizarse para realizar llamadas telefónicas a los números de teléfono registrados con fines de cobro de importes adeudados, o para realizar comunicaciones relacionadas con la satisfacción del paciente a los números de teléfono (fijo o celular) que proporcioné a la Entidad o que pueda proporcionar en el futuro. Entiendo que no se requiere el consentimiento para recibir mensajes de texto, llamadas y mensajes pregrabados mediante tecnología automatizada para recibir servicios de atención médica. Con este consentimiento, renuncio a cualquier reclamación que pueda tener en virtud de la ley federal o estatal, incluida, entre otras, la Ley de Protección al Consumidor Telefónico, 47 U.S.C. § 227 y sus reglamentos de aplicación, contra la Entidad y cualquier médico o grupo de médicos asociados con mi atención, y cualquiera de sus agentes, representantes o socios comerciales, incluidos sus proveedores de servicios de facturación y cualquier posible cobrador de deudas, por realizar dichas llamadas y mensajes de texto.

8. Pacientes de Medicare y Medicaid: Toda información que proporcioné cuando solicité el pago de Medicare/Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan a favor del Hospital mencionado arriba por todo servicio prestado por ellos. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica que proporcione a los Centros de Servicios por Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes toda información necesaria para determinar esos beneficios o los beneficios por los servicios rendidos.

9. Fotografías: Entiendo que el hospital puede tomar fotografías o videos de mi persona en caso que esto ayude con mi tratamiento. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para fotografías o videos en cualquier momento antes de su finalización, informando a mis proveedores verbalmente y/o por escrito que estoy retirando mi consentimiento para más fotografías /videos.

10. Cuidado de Salud en el Hogar y Hospicio: Incluso en el momento de admisión/ registración, es importante comenzar a planear el cuidado que necesitará después que le den el alta. Sé que tengo la libertad de elegir y el derecho a seleccionar a mi proveedor para cualquier cuidado que podría necesitar después de que me den el alta. Sé que para servicios de cuidados en el hogar y hospicio, el hospital generalmente usa el servicio de cuidado en el hogar y hospicio de ProHealth, a menos que yo elija un proveedor diferente. Sé que si la pido, se me otorgará una lista de otras agencias disponibles para cuidados en el hogar y hospicio.

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN PREVIA. ESTOY DE ACUERDO CON EL CONTENIDO.

Firma _____
Paciente

Escriba el nombre del paciente: _____

Testigo _____

Si el paciente es menor de edad o no puede dar consentimiento, complete y firme lo siguiente. El paciente no puede firmar porque:

Firma _____
Representante personal del paciente firma en favor del paciente Relación con el paciente

Testigo _____

Fecha: _____ a las Hora _____ a.m. / p.m.
Mes Día Año Hora

Fecha de Nacimiento _____
Mes Día Año

Fecha: _____ a las Hora _____ a.m. / p.m.
Mes Día Año Hora

Fecha: _____ a las Hora _____ a.m. / p.m.
Mes Día Año Hora

Fecha: _____ a las Hora _____ a.m. / p.m.
Mes Día Año Hora