



Consentimiento para Tratamiento

- Estoy de acuerdo con todos los cuidados de enfermería, rayos-x, exámenes y tratamientos que el personal del hospital o los médicos hagan en el hospital.
- Si necesito más de una visita para mi cuidado, este consentimiento es válido para todas las visitas.

Resultados del tratamiento

Sé que el cuidado, los exámenes y los tratamientos pueden tener riesgos. Estos riesgos pueden incluir daños físicos o incluso la muerte. Yo, o la persona responsable por mí, comprende que no se me han dado garantías.

Exámenes de drogas y alcohol

Los exámenes de drogas y alcohol pueden ser necesarios para saber qué está mal y tratarme.

Autorización para divulgar historial de salud para obtener pago

Estoy de acuerdo en permitir que el hospital divulgue información con respecto a mi cuidado y tratamiento a:

- las compañías de seguro médico,
- los planes de salud,
- Las compañías de seguros de Compensación al Trabajador y/o Empleadores,
- otros programas de salud que procesan y pagan el cuidado y tratamiento provisto u,
- otras empresas que acuerdan hacer el trabajo para esas compañías.

Ellos necesitan esta información para saber cuáles pagos hacer al hospital por mi cuidado y para averiguar si al hospital se le permite un descuento bajo la ley de los Estados Unidos, Sección 340B del Acta de Servicio de Salud Público (*Public Health Service Act*).

Estoy de acuerdo en que si me hacen exámenes para el VIH/SIDA, el hospital puede divulgar a las compañías de seguro información del examen para obtener pago, pero no de los resultados del examen.

Esta divulgación es válida hasta que todas las facturas se paguen.

Pagos directos al hospital

Estoy de acuerdo en que los pagos por los servicios de salud que me provean se envíen directamente al hospital. Esto incluye todos los pagos que se deben hacer por el cuidado de mi salud y los cargos por los servicios de los médicos que el hospital factura.

Los pagos pueden provenir, pero no limitarse, a estas fuentes:

- el seguro médico primario y secundario, el seguro contra accidentes, el seguro por incapacidad o tiempo perdido, *Medicare*, *Medicaid*, y *CHAMPUS*;
- los planes de salud como *HMOs* (por sus siglas en inglés, *Health Maintenance Organizations*) y *PPOs* (por sus siglas en inglés, *Preferred Provider Organizations*);
- compensación laboral o reclamos relacionados al trabajo, y
- dinero que haya obtenido por una demanda o por la resolución de un reclamo.

Sé que yo, o la persona responsable por mí, debe pagar el dinero restante que no fue pagado por las compañías de seguros u otras fuentes.

Reglas del seguro médico, plan de salud o programa

Sé que necesito cumplir con todas las reglas de cualquier compañía de seguro o programa que paga mis cuentas médicas.

Las reglas pueden ser las abajo indicadas u otras:

- obtener una segunda opinión de otro médico;
- llamar a la compañía de seguros antes de que me hagan exámenes o tratamientos.

Si no sigo las reglas de la compañía de seguro o programa, es posible que ellos no paguen por mi cuidado de salud. Estoy de acuerdo que debo pagar todas las cuentas que la compañía de seguro o programa no paguen.

Acuerdo para presentar una apelación en mi nombre

Comprendo que la decisión que mi médico tomó con respecto al nivel de cuidado o de la necesidad de servicios médicos puede ser diferente a la de la compañía de seguro. Mi compañía de seguro puede denegar el pago de alguna parte de mi cuenta hospitalaria.

Si esto ocurre, estoy de acuerdo que el hospital con el fin de ayudarme le presente a mi compañía de seguro un reclamo o apelación por la denegación del pago en mi nombre.

Estoy de acuerdo en notificarle al hospital de los resultados del reclamo o apelación.

Acuerdo de pago

- Estoy de acuerdo a pagarle al hospital a tiempo.
- Sé que debo pagar la cantidad total de todas y cada una de las cuentas que mi seguro o programa no pague.
- Si no pago a tiempo mi cuenta hospitalaria, estoy de acuerdo en pagar otros costos razonables que el hospital tenga, como cuentas de cobranza, honorarios legales, y otros costos.
- Sé que si no puedo pagar mi cuenta, puedo preguntarle al hospital respecto al plan de ayuda para los pacientes que no pueden pagar sus cuentas.

Al dar el número de teléfono de mi casa o el celular, acuerdo que:

- Puede que me llamen a esos números o a cualquier otro número telefónico que yo dé respecto a alguna cuenta o servicios.
- Puede que me llame el personal del hospital o agentes de colección y dejen mensajes en vivo o grabados. Las llamadas también pueden hacerse desde un marcador de número de teléfonos automáticos.
- Recibiré tratamiento de cuidado de salud aún si no doy ningún número telefónico.

Servicios médicos

Comprendo que la mayoría de los médicos no son empleados del hospital. Los asistentes y otras personas que trabajan para los médicos tampoco son empleados del hospital.

A los médicos que no son empleados del hospital se les permite usar el hospital para el cuidado, los exámenes y el tratamiento de pacientes. El hospital no controla y no se hace legalmente responsable ni asume responsabilidad por el juicio médico y cuidado que provean las personas que no son empleadas por el hospital. No consideraré al hospital legalmente responsable ni lo responsabilizaré por ningún reclamo que resulte del cuidado o tratamiento provisto o no provisto por los médicos que no son empleados del hospital y su personal.

Acuerdo para pagar por los servicios de los médicos

- Sé que las cuentas de los médicos son separadas de las cuentas del hospital.
- Recibiré de los médicos una cuenta separada por sus servicios.
- Estoy de acuerdo a pagar las cuentas de los médicos si mi seguro u otro programa no las paga, a menos que no lo permita la ley estatal o federal.

El entrenamiento de médicos y de cuidado de la salud

Sé que este hospital es un hospital docente. Esto significa que hay médicos, enfermeras, y otros que están en entrenamiento en el hospital. Como parte de su entrenamiento, ellos pueden ayudar con mi cuidado, exámenes, y tratamiento.

Los residentes son graduados licenciados de la escuela de medicina y son empleados del hospital que les provee su entrenamiento. Como parte de su entrenamiento, ellos pueden ayudar con el cuidado, exámenes, y tratamiento.

Propiedad personal

- Sé que mi propiedad personal puede que no esté segura en mi habitación o en otras áreas de cuidado.
- Sé que los objetos de valor deben ser dejados en la casa o debo enviarlos a la casa.

Reglas del hospital

Estoy de acuerdo a seguir todas las reglas del hospital, incluyendo la de no fumar.

Me dieron una copia de los **Derechos y responsabilidades de los pacientes**, la **Notificación de las prácticas de privacidad**, y las **Directrices anticipadas**.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____ **Tiempo** _____

No deseo una copia los **Derechos y responsabilidades de los pacientes**, la **Notificación de las prácticas de privacidad**, y las **Directrices anticipadas**.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____ **Tiempo** _____

Estoy de acuerdo en que la información que di es correcta.

- **Mi nombre**
- **Dirección de la calle, ciudad, estado**
- **Todos los números telefónicos**
- **Información del seguro**
- **Toda la información**

Antes de firma este formulario asegúrese de que sus preguntas sean contestadas.

Firma del paciente _____

Sección para el paciente que es menor de edad, o que no es capaz de firmar legalmente.

La firma es de una persona que posee derecho legal para dar el consentimiento por el paciente.

Firma de la persona _____

Relación legal para consentir _____