

- 1. CONSENTIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO:** solicito y autorizo a mi(s) proveedor(es) y a otro(s) proveedor(es) que puedan atenderme durante esta consulta en el Departamento de Servicios de Emergencia, servicios de atención ambulatoria u hospitalización (en lo sucesivo “Tratamiento Médico”), sus asociados, asistentes y Hendricks Regional Health, sus agentes, empleados y estudiantes de programas afiliados de capacitación o educativos de atención médica (en lo sucesivo el “Hospital”), a proporcionar y llevar a cabo dicha atención médica y quirúrgica, hacer pruebas, administrar medicamentos, realizar procedimientos, otros servicios y suministros que se consideren aconsejables para mi salud y bienestar. Esto puede incluir servicios de sedación o anestesia, patología, radiología, pruebas, servicios de emergencia, otros servicios especiales, consultas virtuales y compartir mi historia clínica con estos consultores de forma presencial o virtual. Asimismo, otorgo mi consentimiento para la administración de sedación o anestesia, por indicación médica, por un proveedor calificado o una persona que actúe bajo su supervisión. La administración de sedación o anestesia puede implicar ciertos riesgos, como reacciones medicamentosas que, en ocasiones poco comunes, pueden provocar la muerte. También puede implicar riesgos dentales, como grietas en los dientes o desprendimientos. Reconozco que no he hecho ni me he basado en declaraciones, garantías ni avales en cuanto a los resultados o curas. Autorizo a Hendricks Regional Health a desechar cualquier tejido o parte, conforme a su práctica habitual. En relación con los procedimientos tales como las cirugías planificadas (no urgentes o de emergencia), tendré la oportunidad de sopesar los riesgos y beneficiarlos con mi proveedor antes de otorgar mi consentimiento. En situaciones urgentes o de emergencia, entiendo que es posible que no pueda abordarlos plenamente antes del procedimiento. En el caso improbable de que un empleado del Hospital, un integrante del personal médico, un trabajador contratado o un estudiante se exponga accidental o intencionalmente a mi sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos, otorgo mi consentimiento para que se realicen pruebas para detectar enfermedades de transmisión sanguínea. Estas incluyen, entre otras, la hepatitis y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que causa el SIDA). Entiendo que los resultados de estas pruebas pasarán a ser parte permanente de mi expediente confidencial y se utilizarán para asesorar a la persona expuesta sobre su riesgo de desarrollar una enfermedad después de dicha exposición. No me cobrarán estas pruebas si están relacionadas con una exposición accidental o no intencional.
- 2a. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** además de lo anterior, solicito y autorizo al Hospital, sus proveedores, todos los contratistas independientes y los grupos de proveedores (en lo sucesivo “Proveedores de Atención Médica”), a entregar a mi compañía de seguros o terceros pagadores una copia de mi historia clínica en relación con la Compensación para Trabajadores, y a otras personas que atienden los reclamos y llevan a cabo las indagaciones del seguro. Asimismo, certifico que es correcta la información que suministré en caso de solicitar un pago de conformidad con el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la ley de seguro social. Autorizo a quien detente información médica sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este propósito o cualquier reclamo relacionado con Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Posterior a esta consulta o admisión, el Hospital proporcionará vía telefónica en el centro de información mi nombre, número de habitación, número de teléfono y afección. Por la presente exonero a todos los proveedores de atención médica de toda responsabilidad legal que surja de la divulgación de dicha información. Permiso que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Me entregaron una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de Hendricks Regional Health (HRH).
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que mi información médica electrónica se transmita electrónicamente a otra persona u organización, con ciertas excepciones. Entiendo que la información que ha sido transmitida de esta manera a otra persona u organización por petición mía ya no está bajo la protección y el control de Hendricks Regional Health, no está sujeta a las prácticas de privacidad de Hendricks Regional Health y potencialmente no está sujeta a las mismas leyes de confidencialidad, seguridad o privacidad aplicables a Hendricks Regional Health. Asumo toda la responsabilidad por las consecuencias de solicitar la transmisión electrónica de mi información de salud. Estoy de acuerdo en que soy responsable de confirmar cualquier protección de la confidencialidad, seguridad o privacidad con la persona u organización a la que solicito que se envíe mi información de salud, que debe ser abordada antes de solicitar dicha transferencia.
- Los asociados de Hendricks Regional Health entienden y aceptan que los expedientes de salud de los asociados son parte de sus expedientes médicos en Epic y están disponibles para sus proveedores de tratamiento.
- 2b. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CON FINES DE REVISIÓN DE USO:** autorizo al Hospital a divulgar información durante o después de la hospitalización, cuando sea necesario o cuando se solicite a mi compañía de seguros o a un agente autorizado.
- 2c. TABLERO DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES:** autorizo al Hospital a mostrar en público mi nombre, número de habitación y proveedor, a los efectos de la asignación de habitaciones y de personal.
- 3a. AUTORIZACIÓN AL USO DE BARANDILLAS LATERALES PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS PARA PACIENTES:** autorizo al Hospital a utilizar una o dos barandillas para los laterales superiores de la cama, a fin de poder acceder a los servicios necesarios para el paciente, es decir, luz de llamada a enfermería, controles de luz y televisión, teléfono y controles de ajuste de la cama.
- 3b. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE SUJECIONES:** autorizo al Hospital a utilizar sujeciones, si es necesario, para protegerme a mí y a los demás de cualquier daño.
- 4. OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** se puede depositar dinero, joyas y demás objetos semejantes de valor para su custodia. La vestimenta, mantas, carteras u otros bienes personales que traiga conmigo, pero que no sean necesarios en el hospital, deben llevarse a casa. Reconozco que el dinero, las joyas (relojes, anillos, pulseras y otros) y pertenencias similares (anteojos, audífonos y dentaduras postizas), a menos que se depositen para su custodia, y todos los demás bienes personales, incluidos vestimenta, mantas, radios y cartera, se guardan bajo mi propio riesgo, por lo que el Hospital no se hace responsable en caso de pérdida o daño. NINGÚN EMPLEADO DEL HOSPITAL TIENE LA AUTORIDAD DE RENUNCIAR A ESTA REGLA.
- 5. AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR COMUNICACIONES TELEFÓNICAS Y ELECTRÓNICAS:** autorizo al Hospital, sus filiales, subsidiarias y agentes, junto con cualquier servicio de facturación, agencias de cobranza, abogados u otros agentes que trabajen en su nombre, a que se comuniquen

