

**AUTORIZACION PARA APLICAR TRATAMIENTO Y DE
RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**

N.º de formulario 0035

Rev. ago 2020

Página 1 de 2

1. CONSENTIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO: Solicito y autorizo a mi(s) proveedor(es) y a otro(s) proveedor(es) que puedan atenderme durante esta visita al Departamento de Servicios de Emergencia, a los Servicios de Atención Ambulatoria u Hospitalización (en lo sucesivo, denominados “Tratamiento Médico”), sus asociados, asistentes y Hendricks Regional Health, sus agentes, empleados y estudiantes de programas afiliados de capacitación o educación 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 sedación o anestesia, patología, radiología, servicios de emergencia, otros servicios especiales y pruebas indicadas por un proveedor. También otorgo mi consentimiento para la administración de sedación o anestesia, según sea médicamente indicado, por un proveedor calificado o una persona que opere bajo la supervisión de un proveedor calificado. La administración de sedación o anestesia puede implicar ciertos riesgos, como reacciones a medicamentos 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, de acuerdo con su práctica habitual. Para procedimientos como cirugías que son planificadas (no urgentes o de emergencia), tendré la oportunidad de revisar los riesgos y beneficios con mi proveedor antes de otorgar mi consentimiento. En situaciones urgentes o de emergencia, entiendo que es posible que no pueda discutirlos por completo antes del procedimiento. En el caso poco probable de que un empleado del hospital, un miembro del personal médico, un trabajador contratado o 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. Incluyen, entre otras, hepatitis y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que causa el SIDA). Entiendo que los resultados de estas pruebas se convertirán en una 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, solicito y autorizo al hospital, sus proveedores, todos los proveedores contratados de forma independiente y los grupos de proveedores (en lo sucesivo, denominados “Proveedores de Atención Médica”), a entregar a mi compañía de seguros o terceros pagadores una copia de mis expedientes médicos, en relación con la Compensación para Trabajadores, y a otras personas responsables de las reclamaciones e investigaciones 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 del Seguro Social. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este propósito o cualquier reclamación relacionada con Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Posterior a esta visita o admisión, el Hospital proporcionará por teléfono (a los pacientes que no sean de la unidad de salud mental) mi nombre, número de habitación, número de teléfono y afección al centro de información. Por la presente exoneró a todos los proveedores de atención médica de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de dicha información. Permiso que se use 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 envíe electrónicamente a otra persona u organización, sujeto a ciertas excepciones. Entiendo que la información que se envíe de esta manera a otra persona u organización, a mi solicitud, ya no estará bajo la protección y el control de Hendricks Regional Health, ni sujeta a las Prácticas de Privacidad de Hendricks Regional Health y posiblemente tampoco esté sujeta a las mismas leyes de confidencialidad, seguridad o privacidad vigentes para Hendricks Regional Health. Asumo toda la responsabilidad por las consecuencias de solicitar el envío electrónico de mi información médica. Acepto asumir la responsabilidad de confirmar cualquier protección de confidencialidad, seguridad o privacidad con la persona u organización a la que solicito que se envíe mi información médica, la cual debe ser tratada antes de solicitar dicho envío.

Los asociados de Hendricks Regional Health entienden y aceptan que los expedientes de salud asociados son parte de sus expedientes médicos en Epic y están disponibles para sus proveedores tratantes.

- 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 solicitado a mi compañía de seguros o a su agente autorizado.
- 2c. TABLERO DE ASIGNACIÓN DE PACIENTES:** Autorizo al Hospital a mostrar en público mi nombre, número de habitación y proveedor, para fines de asignación de habitaciones y para el personal.
- 3a. AUTORIZACIÓN PARA EL 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 otros objetos de valor similares para su custodia. Los artículos de 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 propiedades similares (como anteojos, audífonos y dentaduras postizas), a menos que se deposite para su custodia, y todos los demás bienes personales, incluidos, entre otros, vestimenta, mantas, radios y cartera se guardan bajo mi propio riesgo, y el Hospital no se hace responsable en caso de pérdida o daño. NINGÚN EMPLEADO DEL HOSPITAL TIENE LA AUTORIDAD DE RENUNCIAR A ESTA REGLA.

AUTORIZACIÓN PARA APLICAR TRATAMIENTO Y DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

N.º de formulario 0035

Rev. abr 2021

Página 2 de 2

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 puedan trabajar en su nombre, a que se comuniquen conmigo a través de mi teléfono residencial o celular mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, sistemas de marcado telefónico automático, otra tecnología asistida por computadora o por mensaje de texto, correo electrónico o cualquier otra forma de comunicación electrónica.

Doy consentimiento para esta admisión o para repetir tratamientos desde _____ hasta _____ o _____ número de tratamientos.

6. **ASIGNACIÓN DEL PAGO Y RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Por la presente, asigno el pago que, de otra manera, me corresponde por Medicare, Medicaid, compañías de seguros, planes de beneficios de salud para empleados y otros terceros pagadores (denominados en conjunto "Planes") al Hospital y a otros proveedores de atención médica que me prestan servicios, atención o tratamiento en el Hospital.
Reconozco que soy responsable de conocer las limitaciones de los beneficios de mi Plan y acepto asumir la responsabilidad de pagar los cargos facturados por los servicios, la atención o el tratamiento que mi Plan considere que: (i) no son un beneficio cubierto; (ii) exceden la limitación de los beneficios del Plan o (iii) no son médicamente necesarios, de investigación o experimentales.

El Hospital hará un esfuerzo razonable para verificar la cobertura de mi Plan para los servicios, la atención y el tratamiento que espero recibir en el Hospital y por notificarme, con anticipación, los elementos que, a su conocimiento, no son beneficios cubiertos. Sin embargo, si mi Plan, en última instancia, deniega el pago por los servicios, la atención y el tratamiento que se me proporcionó, acepto pagar de inmediato, cuando lo solicite el Hospital, la diferencia entre los cargos facturados por el Hospital por los servicios, la atención y el tratamiento que recibí y el monto pagado por mi Plan, salvo los montos excluidos por un acuerdo escrito firmado por un representante autorizado del hospital o las políticas del hospital de asistencia financiera para el paciente. A su solicitud, un representante autorizado del hospital estará disponible para explicar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera del hospital.

Si el hospital remite mi cuenta para cobro, yo seré responsable de pagar el costo del cobro, incluyendo los honorarios razonables de los abogados y los gastos e intereses permitidos por la Ley de Indiana.

7. **PERSONAS QUE PUEDEN CONSENTIR EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS:** Yo, el padre, madre o tutor legal suscrito del paciente antes mencionado, autorizo además que las personas que se nombran a continuación también puedan otorgar su consentimiento para el tratamiento en visitas futuras si no estoy disponible. Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento, comunicando esta decisión por escrito. Cualquier persona que no esté incluida en esta lista no tendrá autorización para otorgar su consentimiento para el tratamiento. **Los padrastros deben figurar a continuación para que el proveedor brinde el tratamiento. Si un adolescente conducirá solo, indique su nombre a continuación. Si usted es el padre o la madre que firma esta autorización, indique el nombre del otro padre a continuación.**

Firma del representante autorizado

Fecha y hora

Firma del paciente

Fecha y hora

Relación con el paciente

Testigo

Fecha de nacimiento del paciente ___/___/___ Seguro

Razón por la que el paciente no puede firmar

Fecha de nacimiento del suscriptor ___/___/___