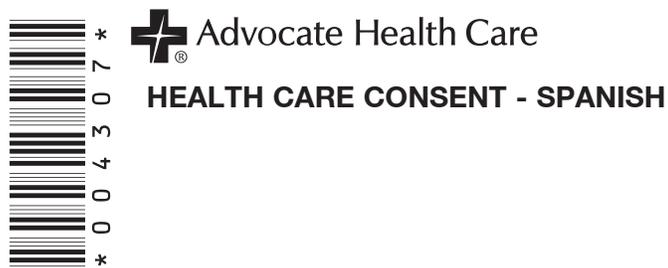


CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

1. **PARA RECIBIR TRATAMIENTO:** Yo, por mí mismo (o el paciente que se menciona a continuación) y, si corresponde, cualquier bebé que nazca, por medio de la presente doy mi consentimiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico que sean necesarios y apropiados para mi condición o enfermedad, lo cual puede incluir pruebas de VIH, a menos que yo específicamente opte por no hacer la prueba de VIH informando a mi proveedor de tratamiento que rechazo dicha prueba. Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico que se proporcionarán serán determinados por mis médicos u otros profesionales apropiados, según sea necesario o aconsejable en el momento en que se realice el tratamiento, y serán provistos en el hospital, por médicos de planta del personal del hospital, enfermeras y otros proveedores de atención médica. Entiendo que los proveedores de atención médica en capacitación pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en mi tratamiento.
2. **COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN:** Entiendo que Advocate Health Care es un sistema de salud integrado clínicamente que está compuesto por múltiples hospitales, grupos médicos y otras entidades de proveedores de atención médica que trabajan conjuntamente para brindar atención de alta calidad al paciente y para asegurar una coordinación eficiente de la atención al paciente. Entiendo que Advocate almacenará mi información de salud de paciente en un formato de historia clínica electrónica y que mi historia clínica, incluyendo pero no limitado a mi diagnóstico, plan de tratamiento, información de prescripción, horario de cita y resultados de laboratorio y otros diagnósticos (incluyendo información relacionada con el VIH, información genética, y antecedentes de salud conductual) será visible por los individuos que son miembros de mi equipo de atención interdisciplinaria en todo el sistema de Advocate Health Care. El equipo de atención interdisciplinaria está compuesto por empleados, contratistas, agentes y miembros del personal médico de Advocate Health Care, sus afiliados y Advocate Medical Group, entre otros, que trabajan conjuntamente para propósitos de admisión, tratamiento, planificación, coordinación de la atención, alta o informes de salud pública obligatorios por mandato gubernamental.
3. **FOTOGRAFÍA:** Comprendo que mi proveedor puede necesitar tomar fotografías, grabaciones de video y/o audio de mí para documentar una condición médica, ayudar con el diagnóstico y/o tratamiento de una condición, y/o ayudar a planificar los detalles de la cirugía. Comprendo que mi proveedor o el hospital conservarán los derechos de propiedad de estas fotografías, videos y/o grabaciones de audio. Comprendo que estas imágenes se almacenarán de una manera que protegerá mi privacidad y que se conservarán durante un tiempo estipulado en las políticas específicas del proveedor o del hospital. Reconozco que las cámaras de vigilancia pueden estar ubicadas en la propiedad del hospital y se colocan en el sitio para la seguridad de los pacientes, el personal y los visitantes. Comprendo que las grabaciones pueden realizarse en todo momento.
4. **OPCIONES DE SALUD DOMICILIARIA:** Comprendo que tengo la libertad de elegir y el derecho de seleccionar a mi proveedor de atención médica domiciliaria para la atención que pueda necesitar. Soy consciente de que, para mejorar la continuidad y la calidad de la atención, el hospital generalmente utilizará a Advocate at Home a menos que yo seleccione un proveedor diferente o según lo indique mi compañía de seguros. Se me proporciona una lista de proveedores de atención domiciliaria en Admisión/Registro. Si se solicita, un planificador de alta puede proporcionar otra copia de la lista. En caso de que yo prefiera un proveedor diferente, se respetarán mis preferencias.
5. **PRESCRIPCIONES EXTERNAS:** Autorizo el acceso a mi historial de prescripciones externas con el propósito de facilitar mi atención. La información solo estará disponible si mis recetas fueron surtidas a través de una farmacia participante. Por lo tanto, sigue siendo mi responsabilidad proporcionar un historial exacto de medicamentos.
6. **ELECCIÓN DE IDIOMA:** Mi idioma preferido para recibir información médica es (Español). He recibido información sobre servicios de traducción e interpretación. Entiendo que estos servicios están disponibles sin costo alguno y que puedo solicitar estos servicios en cualquier momento durante mi admisión.



7. **AUTORIZACIÓN LIMITADA PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN Y SEGURO:** Al poner mis iniciales en el espacio, instruyo al hospital a divulgar información sobre el estado de las reclamaciones del seguro y el saldo pendiente a la persona designada a continuación, que participa en el pago de mi atención. Comprendo que esta autorización se limita al estado de facturación y al estado del seguro para el evento de tratamiento cubierto por este consentimiento de atención médica. Para cualquier evento de tratamiento futuro, debo volver a designar a esta persona para que se comparta la información con ella. Esta designación puede revocarse en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud/Departamento de Registros Médicos (sin efecto sobre divulgaciones previas).

Iniciales: _____ **Persona designada:** _____ **Relación:** _____

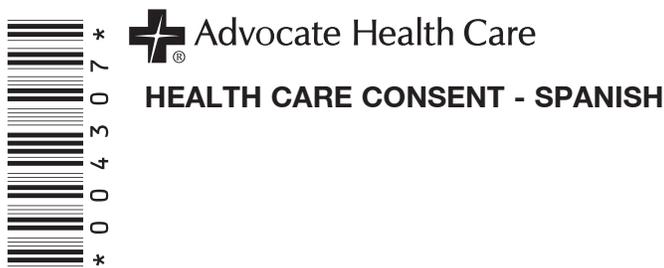
8. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CON FINES DE PAGO.** Por medio de la presente doy mi consentimiento para que se divulgue cualquier y toda la información pertinente contenida en mis registros médicos, incluyendo información relacionada con el VIH, información genética y registros de salud mental, a terceros pagadores responsables del pago de los cargos del paciente, incluyendo, pero no limitado a, compañías de seguros, planes de beneficios de salud, empleadores involucrados en la aprobación de reclamos de beneficios, agencias gubernamentales o intermediarios que representen a cualquiera de los anteriores.

9. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** En consideración de los servicios prestados en el hospital, por medio de la presente asigno y autorizo el pago directo al hospital y los médicos tratantes de cualquier seguro, plan de salud o beneficios de un tercero pagador que de otra manera me sean pagaderos a mí o en mi nombre por hospitalización, servicios ambulatorios o de atención en el servicio de urgencias.

10. **PAGO DE MEDICARE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (si corresponde):** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se efectúe en mi nombre por los servicios médicos y hospitalarios que se me proporcionen en el hospital y asigno dichos beneficios al hospital y a los médicos que los proporcionan. Certifico que la información que he suministrado al solicitar tales beneficios es correcta y que he completado un cuestionario de Medicare. Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra sobre mí a divulgar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, y sus agentes cualquier información necesaria para el pago de tales beneficios. Autorizo a la Administración del Seguro Social a divulgar al hospital y a los médicos que me prestan servicios información sobre mi derecho a los beneficios.

11. **ARTÍCULOS PERSONALES:** Asumo toda la responsabilidad por todos los artículos de propiedad personal, incluyendo pero no limitado a, anteojos, audífonos, prótesis dentales, joyas, dinero y todos los demás objetos de valor. Comprendo que los objetos de valor se pueden guardar en la caja fuerte del hospital a mi solicitud y por este medio libero al hospital de la responsabilidad y obligación por aquellos objetos de valor y objetos de propiedad personal que no se depositen.

12. **AYUDA FINANCIERA:** En consideración de los servicios a ser prestados en el hospital, como paciente o representante legal del paciente, el paciente acuerda pagar al hospital por todos los servicios, instalaciones y suministros proporcionados al paciente a las tarifas establecidas, incluyendo cualquier deducible, copago o cargos no cubiertos por terceros pagadores. **Entiendo que la factura del hospital no incluye los servicios médicos y que el paciente recibirá facturas médicas por separado de los médicos por sus servicios.** Algunos médicos del personal pueden no participar en los mismos planes de salud que el hospital y entiendo que el paciente puede tener que pagar una proporción más alta de la factura del médico como un proveedor "fuera de la red". El paciente acepta la responsabilidad por cualquier costo, incluyendo honorarios de abogados, que se incurra en el cobro de estos cargos. Comprendo que si no doy mi consentimiento para la divulgación de los registros o posteriormente revoco dicho consentimiento, el paciente es totalmente responsable del pago de todos los cargos por el diagnóstico y tratamiento recibido. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información dada por mí para fines de pago por este tratamiento hospitalario es completa y exacta. Comprendo que si el paciente está teniendo dificultades para cumplir con sus responsabilidades de pago al hospital, la información sobre ayuda financiera, incluyendo planes de pago razonables y asistencia financiera está disponible a solicitud como parte de los servicios de asesoría financiera del hospital. Entiendo que las preguntas sobre cobertura o niveles de beneficios deberán dirigirse al plan de atención médica del paciente y al certificado de cobertura del paciente. Además, se me ha ofrecido una copia resumida de la ayuda financiera en lenguaje sencillo, que describe la política de asistencia financiera y su respectiva solicitud.



13. SERVICIOS DEL MÉDICO/PROVEEDOR INDEPENDIENTE: RECONOZCO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE QUE **SOLAMENTE AQUELLOS MÉDICOS/PROVEEDORES QUE SON CLARAMENTE IDENTIFICADOS COMO EMPLEADOS DE ADVOCATE SON EMPLEADOS O AGENTES DE ADVOCATE HEALTH CARE. LOS MÉDICOS/PROVEEDORES NO EMPLEADOS SON PROVEEDORES INDEPENDIENTES A LOS QUE SE LES PERMITE UTILIZAR LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL PARA PRESTAR ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO.** Los médicos no empleados incluyen, pero no se limitan a, aquellos que practican medicina de emergencia, traumatología, cardiología, obstetricia, cirugía, radiología, anestesia, patología y otras especialidades. Estos médicos/proveedores independientes ejercen su propio juicio médico en mi tratamiento o en la prestación de servicios profesionales. Entiendo que debo hacer a mi médico cualquier pregunta que pueda tener acerca de su situación laboral. Mi decisión de buscar atención médica en el hospital **NO SE BASA EN NINGÚN ACUERDO, REPRESENTACIÓN, ANUNCIO, CAMPAÑA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN, INFERENCIA, PRESUNCIÓN, O CONFIANZA DE QUE LOS MÉDICOS QUE ME SUMINISTRAN ATENCIÓN Y TRATAMIENTO SON EMPLEADOS O AGENTES DEL HOSPITAL O DE ADVOCATE HEALTH CARE.**

Mediante mi firma a continuación, confirmo que reconozco y entiendo que el hospital utiliza contratistas o profesionales independientes para ofrecer varios servicios como se describió anteriormente. Además, reconozco que he leído este formulario de consentimiento, incluido los términos específicos relacionados con los servicios médicos independientes, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que cualquier pregunta ha sido contestada de manera satisfactoria.

He leído y entiendo los términos de tratamiento anteriores y confirmo que soy el paciente o estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

Fecha: _____ Hora: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del paciente: _____
*(o marque con un círculo:
 Padre/Madre/Tutor Legal/Representante Personal)*

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del testigo: _____

Certificado de interpretación:
 Certifico que he realizado la interpretación de lo anterior para el firmante en el idioma _____.

Fecha: _____ Hora: _____ Intérprete: _____
 Nombre/Identificación

For Advocate Personnel Use Only

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: Accepted Declined Patient Rights Accepted Declined

Payment Policy: Accepted Declined

Date: _____ Time: _____ Signature: _____

