



LEA ESTA AUTORIZACIÓN COMPLETA ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO Y LAS CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Por medio del presente solicito y autorizo a St. Vincent Health, sus agentes y empleados ("Hospital") y mis médicos, sus auxiliares y asistentes ("Médicos") quienes me atiendan durante mi hospitalización, en el servicio de emergencias o durante la consulta como paciente ambulatorio, a brindarme atención médica y quirúrgica, a realizar pruebas, procedimientos, a proporcionarme medicamentos y otros servicios y suministros considerados adecuados por mi Médico para mi salud y bienestar. Comprendo que podrá incluir, entre otras cosas, anestesia, servicios de patología, radiología y otros servicios y análisis especiales, incluso los análisis para la detección de enfermedades transmisibles ordenadas por mi Médico.

CONSENTIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR FLUIDOS CORPORALES

Yo _____ autorizo al Hospital a realizar pruebas de detección de enfermedades infecciosas transmitidas por fluidos, entre otras cosas, hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("sida") y Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") si un Médico solicita dichas pruebas o si se deben ordenar según el protocolo. Los resultados de estas pruebas formarán parte de mi historia clínica confidencial y se revelarán a mi proveedor y otros proveedores según la ley lo permita o lo exija.

Comprendo que tengo el derecho a negarme a dichas pruebas y que no se negará mi hospitalización dentro del Hospital por dicho motivo.

- Sí. Autorizo al Hospital a realizar análisis de enfermedades infecciosas transmitidas por fluidos corporales y se me ha brindado información escrita relacionada con los análisis que se pueden llevar a cabo.
- NO. No autorizo al Hospital a realizar análisis de enfermedades infecciosas transmitidas por fluidos corporales.

REVISIÓN DE ELEMENTOS QUE SE INGRESAN A LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL Y OBJETOS DE VALOR

A fin de mantener la seguridad de las instalaciones, el Hospital se reserva el derecho de revisar todos los elementos que se ingresan a las instalaciones, incluso monederos, billeteras y otros efectos personales. Si el Hospital, a su entera discreción, determina que un elemento constituye una amenaza para la seguridad, tomará las siguientes medidas: (1) desechará el elemento; (2) colocará el elemento en la caja de seguridad del Hospital hasta el momento del alta; (3) entregará el elemento a las autoridades de orden público. Si no desea que se revisen sus pertenencias y que posiblemente se las quiten, le pedimos que evite traer dichos elementos a las instalaciones del Hospital o que los envíe a casa con un amigo o un familiar.

El Hospital no se responsabilizará por casos de pérdida, robo o daño de artículos personales. El Hospital recomienda a sus pacientes que envíen a casa los artículos y objetos de valor personales con un familiar o amigo. Si no pudiera hacerlo, el Hospital colocará sus objetos de valor en la caja de seguridad del Hospital si así lo solicitara.

DEJAR DE FUMAR

El tabaquismo ha sido identificado como la primera causa de enfermedad evitable. El tabaquismo es el causante de una de cada cinco muertes en Estados Unidos. Si en la actualidad fuma o consume tabaco, hable con su médico acerca de la manera más conveniente de dejar este hábito. Para obtener más información sobre los programas para dejar de fumar o para consultar sobre el programa de asesoramiento telefónico de St. Vincent Bridges, llame a la línea St. Vincent CARE al 317-338-2273 o 1-888-338-2273. También puede llamar a la línea para dejar de fumar del Estado de Indiana, 1-800-QUIT NOW.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Salvo disposición en contrario del Hospital, al momento de su admisión el Hospital incluirá en el directorio de pacientes su nombre, su ubicación dentro del Hospital y su condición general (bueno, regular, etc.); dicha información estará disponible para cualquier persona que pregunte por usted por su nombre. Su afiliación religiosa solo se podrá revelar a los miembros del clero. (Para obtener más información sobre las revelaciones y los usos de su información de salud protegida, consulte el Aviso de prácticas de privacidad).

- NO. En ocasiones, el Hospital podría no divulgar la información anterior a quienes la solicitan.

Nota: Si elige "No" significa que el mostrador de información del Hotel no reconocerá su presencia como paciente, sin excepción, a cualquier persona que le visite o llame.

FOTOGRAFÍA/VIDEO/GRABACIONES

Reconozco que se podría utilizar monitoreo por video dentro del centro y que se podrían tomar grabaciones de imágenes de monitoreo por video con fines de seguridad. Comprendo que, si me opongo a la producción de dichas grabaciones generadas con fines de seguridad, podré manifestar mis objeciones y mis inquietudes

al personal del centro y, además, si fuera adecuado, podré solicitar el alta o la transferencia a otro centro. Asimismo, reconozco que el Hospital podrá tomar imágenes en movimiento, imágenes de televisión o podrá tomar otras fotografías o grabar cintas de video durante el/los procedimiento(s). Comprendo que estas imágenes se utilizarán solo con fines internos (es decir, educación o mejoras), a menos que yo dé mi consentimiento por escrito para otro uso.





SUS DERECHOS Y OTROS RECONOCIMIENTOS

- SÍ NO se me ha ofrecido o he recibido una copia escrita de mis derechos y responsabilidades como paciente.
- SÍ NO La dirección de correo electrónico que proporcione será mi correo electrónico personal y autorizo al Hospital o a sus agentes a comunicarse conmigo a dicha dirección de correo electrónico.
- SÍ NO Comprendo que el Hospital proporcionará servicios de interpretación sin cargo en mi idioma de comunicación preferido.
- SÍ NO He recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de las prácticas de privacidad del Hospital.
- Después de mi hospitalización en el Hospital, se me proporcionará información relacionada con las voluntades anticipadas.
(Solo para pacientes de Medicare) Después de mi hospitalización en el Hospital, se me entregará un ejemplar del documento denominado "Mensaje importante de Medicare".





LEA ESTA AUTORIZACIÓN COMPLETA ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO Y LAS CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

ASIGNACIÓN DE PAGO/RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio del presente, cedo el pago de cualquier suma que me pudiera corresponder de Medicare, Medicaid, compañías aseguradoras, planes de beneficios de salud u otros pagadores externos (en conjunto denominados "Planes") para el pago del Hospital y otros proveedores de atención médica que me prestan servicios, atención o tratamiento en el Hospital.

Reconozco que soy responsable por el conocimiento de las limitaciones de los beneficios de mi Plan y acepto ser personalmente responsable por el pago de los cargos facturados por los servicios, la atención o el tratamiento que mi Plan considera lo siguiente: (I) que no es un beneficio cubierto; o (ii) que supera la limitación de los beneficios del Plan.

Autorizo al Hospital y a mis proveedores de atención médica encargados de mi tratamiento a exhibir una copia de mis registros médicos y divulgar cualquier otra información necesaria para ellos para obtener el paso asignado de mi(s) Plan(es) en los cuales soy elegible para recibir los beneficios cubiertos o los acuerdos o la asignación de indemnización por daños y perjuicios derivados de un incidente que causó las lesiones por las cuales recibo tratamiento.

Reconozco que se podría convocar a un proveedor de atención médica que no tiene un contrato con mi Plan ni participa en la red de mi Plan (un "Proveedor Fuera de la Red") para prestar servicios o proporcionar elementos durante el transcurso de mi tratamiento o yo podría recibir una derivación para recibir elementos y acceder a servicios de un Proveedor Fuera de la Red. Comprendo que mi Plan podría aplicar diferentes coberturas y limitaciones de pago a los bienes y servicios prestados por los Proveedores Fuera de la Red y podré comunicarme con mi Plan para pedir ayuda, incluso para identificar a los proveedores de atención médica comprendidos dentro de la red de mi Plan, antes de obtener dichos bienes y servicios.

El Hospital hará un esfuerzo razonable por verificar la cobertura de mi Plan por los servicios, la atención y el tratamiento que espero recibir en el Hospital y a informarme por adelantado acerca de aquellos casos que tiene conocimiento que no son beneficios cubiertos. Sin embargo, si en última instancia mi Plan se opone al pago de los servicios, la atención y el tratamiento proporcionados por el Hospital y los proveedores de atención médica, soy responsable por el pago de los cargos facturados por dichos gastos, de manera coherente con los descuentos aplicables, escritos y contractuales y las políticas de ayuda financiera para pacientes del Hospital.

Cuando el Hospital lo solicite, acepto pagar de inmediato la diferencia entre los cargos facturados del Hospital por los servicios, la atención y el tratamiento recibido y la cantidad cubierta por los beneficios de mi Plan, además de los montos excluidos mediante acuerdo contractual por escrito o las políticas de ayuda financiera de pacientes del Hospital. Si se solicita, se podrá designar a un representante autorizado del paciente para que explique la elegibilidad de ayuda financiera conforme a dichas políticas.

Si el Hospital inicia acciones de cobro respecto de mi cuenta, yo deberé abonar el gasto de dicha acción de cobro, incluso los honorarios legales, gastos e intereses razonables conforme a la legislación de Indiana. Autorizo al Hospital y a los proveedores de atención médica que me hubieran proporcionado atención o interpretado mis análisis, junto con el servicio de cobros, la agencia de cobros o el abogado que pudiera trabajar en su representación, a que se comuniquen conmigo a mi teléfono celular, lo cual podría generarme cargos o a mi teléfono particular mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos de marcado telefónico automático o cualquier otra tecnología asistida por computadora o por correo electrónico, mensajería de texto o cualquier otra forma de comunicación para hablar acerca de servicios pasados, presentes o futuros, incluso el cobro de montos adeudados. Reconozco que soy responsable por formular las preguntas que pudiera tener respecto de los cargos de los servicios que se me han prestado en el Hospital dentro de los 60 días de recibir mi primera factura de dichos servicios o procedimientos.

LEA DETENIDAMENTE:

MÉDICOS INDEPENDIENTES Y OTROS PROVEEDORES

Reconozco que varios de los médicos que me prestan servicios en el Hospital son contratistas independientes y no son agentes ni empleados del Hospital. Ello incluye, por ejemplo, médicos y asistentes médicos del Departamento de Emergencias, anestesistas, radiólogos, patólogos y los médicos de guardia del Departamento de Emergencias para prestar servicios especializados. Comprendo y acepto que cada uno de los médicos anteriores no está sujeto al control y la supervisión del Hospital. Si tuviera preguntas relacionadas con la relación entre los servicios prestados por el médico para mí y el Hospital, tengo derecho a formular otras preguntas.

He leído y comprendido este párrafo Iniciales _____

El que suscribe certifica que ha leído y comprende las páginas 1 y 2 de este formulario de consentimiento.

[Fecha/Hora de firma]

[Firma del paciente o representante legal del paciente si el paciente no puede firmar]

Relación con el paciente si no puede firmar: _____

Si estuviera firmado por una persona diferente al Paciente, marque el casillero apropiado que indique el motivo por el cual el Paciente no puede dar su consentimiento:

Edad del paciente (Menor)

Afección médica

[Fecha/Hora de firma]

[Firma del testigo]

[Fecha/Hora de firma]

[Firma del segundo testigo]

