

LEA TODA LA AUTORIZACIÓN ANTES DE FIRMAR CONSENTIMIENTO Y CONDICIONES DE ADMISIÓN

Solicito y autorizo a _____, sus agentes y empleados ("Hospital"), y a mis médicos, sus asociados y asistentes ("Médicos"), quienes me puedan asistir durante mi internación, servicio de emergencia o visita ambulatoria, a brindar y prestar atención médica y quirúrgica, análisis, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que sean aconsejables por mi Médico para mi salud y bienestar. Entiendo que esto puede incluir, entre otros, los servicios de anestesia, patología y radiología, así como otros servicios y análisis especiales, incluidos análisis para detectar enfermedades transmisibles, ordenados por mi Médico.

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR ANÁLISIS PARA DETECTAR ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS POR FLUIDOS CORPORALES

Yo _____ autorizo al Hospital a realizarme análisis para detectar enfermedades infecciosas transmitidas a través de fluidos corporales como, entre otras, hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA") y virus de inmunodeficiencia humana ("VIH"), si un médico ordena tales análisis o si se deben realizar por protocolo. Los resultados de estos análisis serán parte de mi registro médico confidencial y se informarán a mi proveedor y a otros proveedores, según lo permita o requiera la ley. Entiendo que tengo derecho a no realizarme análisis y que la falta de consentimiento para su realización no implicará el rechazo de admisión al Hospital.

- SÍ. Autorizo al Hospital a realizar análisis para detectar enfermedades infecciosas transmitidas por fluidos corporales y se me ha ofrecido información por escrito relativa a los análisis que pueden realizarse.
- NO. No autorizo al Hospital a realizar análisis para detectar enfermedades infecciosas transmitidas por fluidos corporales.

BÚSQUEDA DE OBJETOS QUE INGRESAN A LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL Y OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Para mantener la seguridad de sus instalaciones, el Hospital se reserva el derecho de revisar todos los objetos que ingresen a las instalaciones, incluidos monederos, billeteras y otros efectos personales. Si el Hospital determina, según su criterio exclusivo, que un objeto genera una posible amenaza a la seguridad, el Hospital podrá: (1) deshacerse del objeto; (2) mantener el objeto en la caja de seguridad del Hospital hasta el momento del alta; o (3) entregar el objeto a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley. Si no quiere que revisen sus pertenencias y que posiblemente queden confiscadas, absténgase de traer dichos objetos a las instalaciones del Hospital o envíelos a su casa mediante un amigo o familiar. El Hospital no será responsable de los objetos personales que resulten perdidos, robados o dañados. El Hospital recomienda a los pacientes enviar sus objetos personales y de valor a su casa mediante un familiar o amigo. Si esto no es posible, el Hospital pondrá los objetos de valor en la caja de seguridad del Hospital a pedido.

DEJAR DE FUMAR

Se ha identificado al tabaquismo como la causa n.º 1 de enfermedades que se pueden prevenir. El tabaquismo representa una de cada cinco muertes en los Estados Unidos. Si actualmente fuma o consume tabaco, hable con su médico sobre la mejor manera de abandonarlo. Para obtener más información sobre programas para dejar el tabaco en su área, o para preguntar sobre el programa de asesoramiento telefónico Bridges de St. Vincent, llame a la línea de ATENCIÓN de St. Vincent al 317-338-2273 o 1-888-338-2273. También puede llamar a la línea para dejar de fumar del Estado de Indiana al 1-800-QUIT NOW.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Si resulta admitido, a menos que le diga al Hospital lo contrario, el Hospital incluirá en el directorio de pacientes su nombre, ubicación en el Hospital y su estado general (bueno, regular, etc.) para quienes pregunten por usted al decir su nombre. Su afiliación religiosa puede ser revelada solo a los miembros del clero. (Véase Notificación sobre prácticas de privacidad para obtener más información sobre divulgaciones y usos de su información de salud protegida).

- NO. Es posible que el Hospital no revele la información precedente a quienes la soliciten.

Nota: Una elección de "No" significa que en el mostrador de información del Hospital no se reconocerá su presencia como paciente, sin excepción, a ninguna persona que quiera visitarlo o llamarlo.

FOTOGRAFÍA/VIDEO/GRABACIONES

Reconozco el uso de monitoreo por video en toda la institución y que las imágenes de tal monitoreo pueden ser grabadas para fines de seguridad. Comprendo que si me opongo a la producción de dichas grabaciones creadas para fines de seguridad, puedo hablar sobre mis objeciones y dudas con el personal de la institución y, según sea adecuado, puedo requerir el alta o la transferencia a otra institución. Además, reconozco que el Hospital puede tomar imágenes en movimiento u otras fotografías o cintas de video durante los procedimientos. Entiendo que estas imágenes se usarán para fines internos únicamente (es decir, educación o mejora del desempeño) salvo que preste mi consentimiento por escrito para otro uso.

SUS DERECHOS Y OTROS RECONOCIMIENTOS

- SÍ NO He recibido o recibí una copia escrita de mis derechos y responsabilidades como paciente.
- SÍ NO La dirección de correo electrónico que brindo es mi correo electrónico personal y autorizo al Hospital o a sus agentes a contactarme mediante esa dirección de correo electrónico.
- SÍ NO Comprendo que el Hospital me brindará servicios de interpretación sin cargo en mi idioma de comunicación preferido.
- SÍ NO He recibido o me han ofrecido una copia de la Notificación sobre prácticas de privacidad del Hospital.
- En caso de ser admitido en el Hospital, recibiré información respecto de las instrucciones anticipadas.
(Solo pacientes de Medicare) En caso de ser admitido en el Hospital, recibiré una copia del documento "Mensaje importante de Medicare".





LEA TODA LA AUTORIZACIÓN ANTES DE FIRMAR CONSENTIMIENTO Y CONDICIONES DE ADMISIÓN

CONSENTIMIENTO FINANCIERO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Mediante el presente asigno el pago a (1) el Hospital; (2) los proveedores de atención médica contratados, tales como, médicos de emergencia, anesthesiólogos, radiólogos, patólogos y proveedores de servicios de salud mental; y (3) otros proveedores de atención médica, afiliados o entidades tales como paramédicos, quienes prestan servicios relacionados con mi tratamiento. Autorizo a divulgar una copia de mis registros médicos y toda información necesaria para que puedan obtener el pago asignado de mi aseguradora, Medicare, Medicaid, compañías de seguros de compensación de trabajadores, plan médico o pagadores externos y administradores de seguro social con quienes tengo cobertura, o de los cuales los beneficios son o serán pagaderos a mi favor, incluidos los acuerdos o las sentencias relacionados con el incidente por el cual estoy recibiendo tratamiento. Reconozco que los proveedores en las categorías dos (2) y tres (3) anteriores no son empleados ni agentes del Hospital y comprendo que el Hospital no es responsable de los actos de los proveedores en las categorías dos (2) y tres (3). Acepto pagar, cuando reciba una factura o solicitud del Hospital, todo monto imputado por servicios del Hospital que no estén cubiertos por los pagadores mencionados anteriormente. Autorizo al Hospital y a todos los proveedores clínicos que han proporcionado atención o interpretado mis análisis, junto con cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza o abogado que trabaje en su nombre, a ponerse en contacto conmigo a mi teléfono celular o particular, utilizando mensajes grabados previamente, mensajes de voz artificial, dispositivos de discado telefónico automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensaje de texto o a través de otro medio de comunicación electrónico.

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al firmar el presente formulario, acepta que adhiere a los términos incluidos en el presente. También acepta pagar al Hospital y a los proveedores de atención médica enumerados anteriormente todos los cargos cuando sean exigibles sin demora alguna. Si su cuenta con el Hospital o su cuenta con los proveedores de atención médica mencionados anteriormente se deriva a una agencia de cobranza o abogado, usted será responsable de los gastos judiciales, los honorarios razonables de abogados y el interés según lo permita la ley de Indiana, relacionado con el cobro del saldo pendiente de la cuenta. "Reconozco que los servicios o procedimientos a ser provistos por el Hospital y los Médicos son necesarios para tratar o diagnosticar mi afección médica. Además, reconozco que soy responsable de conocer las limitaciones de mis beneficios del seguro y acepto ser responsable personalmente de los servicios o procedimientos que rechace mi compañía de seguros, que incluyen, entre otros, los puntos rechazados por no ser "médicamente necesarios, de investigación o experimentales". El Hospital realizará todos los esfuerzos razonables para buscar cobertura de seguro para los servicios y para notificarme por adelantado los puntos de los cuales tiene conocimiento que no están cubiertos. No obstante, si mi compañía de seguros de salud rechazara los servicios, acepto pagar por tales servicios prestados en mi nombre conforme a los contratos del pagador aplicables. Los pacientes sin cobertura de seguro para los servicios prestados por el Hospital se cobrarán según las tarifas de descripción de cargos del Hospital (lista de precios) menos un descuento comparable a los descuentos provistos a pagadores de seguros externos. "Reconozco que es mi responsabilidad presentar las preguntas que pueda tener respecto de los cargos de los servicios que recibí del Hospital dentro de los 60 días de recibida mi primera factura para tales servicios o procedimientos.

MÉDICOS INDEPENDIENTES Y OTROS PROVEEDORES

LEA DETENIDAMENTE:

Reconozco que muchos de los médicos de los cuales recibo servicios en el Hospital son contratistas independientes y que no son agentes ni empleados del Hospital. Estos incluyen, entre otros: médicos del departamento de emergencias y asistentes de médicos, anesthesiólogos, radiólogos, patólogos y médicos que estén de guardia en el departamento de emergencias para prestar servicios especializados. Entiendo y acepto que cada uno de los médicos mencionados anteriormente no está sujeto al control y supervisión del Hospital. En caso de tener alguna pregunta respecto de la relación entre el médico que me presta los servicios y el Hospital, tengo el derecho de hacer preguntas adicionales.

He leído y comprendido este párrafo Iniciales _____

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

[Fecha/hora de firma]

Relación con el Paciente si no puede firmar: _____

[Dirección, incluidos calle, ciudad y código postal]

[Número de teléfono]

Si firma una persona distinta al paciente, marque la casilla correspondiente e indique por qué el paciente no puede dar su propio consentimiento:

- Edad del paciente (Menor de edad) Afección médica

[Firma del testigo]

[Fecha/hora de firma]

[Firma del segundo testigo]

[Fecha/hora de firma]

