

Consentimiento de atención médica

- Para tratamiento:** yo, para mí misma (o la paciente mencionada abajo) y, si corresponde, cualquier bebé que dé a luz, por la presente doy mi consentimiento para dichos procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico según sea necesario y apropiado para mi condición o enfermedad, que puede incluir la prueba del VIH, a menos que específicamente opte por no hacerme la prueba del VIH reportando a mi proveedor tratante que rechazo dicha prueba. Mis médicos u otros proveedores de atención primaria correspondientes determinarán los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico que se prestarán, según sea necesario o aconsejable en el momento en que se haga el tratamiento y serán prestados en el hospital o mediante servicios de telesalud, por médicos del personal médico del hospital, enfermeros y otros proveedores de atención médica. Entiendo que los proveedores de atención médica en capacitación pueden, bajo la supervisión del personal correspondiente, participar en mi tratamiento.
- Coordinación de atención:** entiendo que Advocate Health Care es un sistema de salud clínicamente integrado que está compuesto por varios hospitales, grupos de médicos y otras entidades proveedoras de atención médica que trabajan juntos para dar atención de alta calidad al paciente para garantizar una coordinación eficiente de la atención al paciente. Entiendo que Advocate almacenará mi información médica de paciente en un formato de expediente médico electrónico y que mi expediente médico, incluyendo, entre otros, mi diagnóstico, plan de tratamiento, información de recetas, programa de citas y resultados de laboratorio y otros resultados de diagnóstico (incluyendo información relacionada con el VIH, información genética, y registros de salud conductual), serán visibles para las personas que son miembros de mi equipo interdisciplinario de atención médica en todo el sistema Advocate Health Care. El equipo interdisciplinario de atención médica 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 juntos para el ingreso, el tratamiento, la planificación, la coordinación de la atención, el alta o los reportes de salud pública exigidos por el gobierno.
- Fotografías:** entiendo que mi proveedor puede necesitar tomar fotografías, videos o grabaciones de audio para documentar una condición médica, ayudar con el diagnóstico o tratamiento de una condición o ayudar a planificar la información de una operación. Entiendo que mi proveedor o el hospital conservarán los derechos de propiedad de estas fotografías, videos y grabaciones de audio. Además, entiendo que estas imágenes pueden usarse para promover la educación, siempre que no se revele la información que identifique al paciente.
- Opción de atención médica en casa:** entiendo que tengo la libertad de elegir y el derecho de seleccionar a mi proveedor de atención médica en casa para la atención que pueda necesitar. Soy consciente de que, para mejorar la continuidad y la calidad de la atención, el hospital generalmente usará Advocate at Home a menos que seleccione un proveedor diferente o según lo indique mi aseguradora. Se me proporciona una lista de proveedores de atención médica domiciliaria en Admisión/Registro. Cuando se solicite, un encargado de planificación de altas puede proporcionar otra copia de la lista. Si prefiero un proveedor diferente, se respetarán mis preferencias.
- Recetas externas:** autorizo el acceso a mi historia externa de recetas para facilitar mi atención. La información solo estará disponible si mis recetas fueron surtidas mediante de una farmacia participante. Por lo tanto, sigue siendo mi responsabilidad dar una historia de medicamentos precisa.
- Opción de idioma:** mi idioma preferido para recibir información médica es (Spanish). Me dieron información referente a los servicios de traducción e interpretación. Entiendo que estos servicios están disponibles sin costo alguno y que puedo solicitarlos en cualquier momento durante mi ingreso.
- Revelación de información médica para el pago:** por la presente, doy mi consentimiento para la revelación de toda la información pertinente contenida en mis registros médicos, incluyendo la información relacionada con el VIH, la información genética y el expediente médico de salud conductual, a terceros responsables del pago de los cargos del paciente, incluyendo, entre otros, compañías de seguros, planes de beneficios médicos, empleadores que participen en la aprobación de reclamos de beneficios, agencias gubernamentales o intermediarios que representen a cualquiera de los mencionados arriba.
- Asignación de beneficios:** en consideración de los servicios prestados en el hospital, por la presente cedo y autorizo el pago directo al hospital y a los médicos tratantes, cualquier seguro, plan médico o beneficio de terceros pagadores que sería pagadero a mí o en mi nombre por esta hospitalización, atención en la sala de emergencias o servicios ambulatorios.



9. **Pago y cesión de beneficios de Medicare (si corresponde):** pido que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre por los servicios de hospital y médicos que se me dieron en el hospital y cedo dichos beneficios al hospital y a los médicos que los dan. Certifico que la información que di cuando envié una solicitud para dichos beneficios es correcta y que he completado un cuestionario de Medicare. Autorizo a cualquiera que tenga mi información médica o de otro tipo a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para los pagos de dichos beneficios. Autorizo a la Administración del Seguro Social a revelar información sobre mis derechos a beneficios, al hospital y a los médicos que me prestan los servicios.
10. **Pertenencias personales:** asumo toda la responsabilidad por todos los artículos personales, incluyendo, entre otros, anteojos, aparatos auditivos, dentaduras postizas, joyas, monedas y todos los demás objetos de valor. Entiendo que los objetos de valor pueden guardarse en la caja fuerte del hospital si lo pido y, por la presente, eximo al hospital de toda responsabilidad por aquellos objetos de valor y artículos personales que no se guarden.
11. **Ayuda económica:** en consideración a los servicios que se prestarán en el hospital, como paciente o representante legal del paciente, el paciente acepta pagar al hospital por todos los servicios, instalaciones y suministros que se presten al paciente según 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 por separado facturas de los médicos por sus servicios. Soy consciente de que algunos médicos pueden no participar en el plan médico o programa de pago que paga por mi atención; por lo que puedo estar sujeto a cargos extra. El paciente acepta su responsabilidad por todos los costos, incluyendo los honorarios de abogados que se generen por la cobranza de dichos cargos. Entiendo que, si yo no consiento la liberación de los registros o posteriormente revoco dicho consentimiento, el paciente es totalmente responsable del pago de todos los cargos por el diagnóstico y el tratamiento recibido. Certifico que la información que se me dio para fines de pago por este tratamiento del hospital, hasta donde sé, es completa y exacta. Entiendo que, si el paciente está teniendo dificultades para cumplir sus responsabilidades de pago al hospital, hay información de ayuda económica incluyendo planes de pago razonables disponibles cuando se solicite, como parte de los servicios de orientación financiera del hospital. Entiendo que si tengo preguntas sobre la cobertura o los niveles de beneficios, debo consultar el plan de atención médica del paciente y el certificado de cobertura del paciente. Además, se me ha ofrecido una copia del resumen en términos simples de ayuda económica que describe la política y la solicitud de ayuda económica.
12. **Servicios de médicos/proveedores independientes:** reconozco y entiendo por completo que solo aquellos médicos/proveedores que están claramente identificados como empleados de Advocate son empleados o agentes de Advocate Health Care. Los médicos/profesionales no empleados son profesionales independientes que tienen permitido usar las instalaciones del hospital para prestar atención y tratamiento médico. Entre los médicos que no son empleados están, entre otros, los que ejercen medicina de emergencia, trauma, cardiología, obstetricia, cirugía, radiología, anestesia, patología y otras especialidades. Estos médicos/profesionales independientes ejercen su propio criterio médico al tratarme o prestarme sus servicios profesionales. Entiendo que debo hacer cualquier pregunta a mi médico sobre su vínculo laboral. Mi decisión de buscar atención médica en el hospital no se basa en ningún entendimiento, representación, publicidad, campaña en los medios de comunicación, inferencia, presunción o confianza en que los médicos que me darán atención y tratamiento médico son empleados o agentes del hospital o de Advocate Health Care.

Firmando abajo, confirmo que reconozco y comprendo que el hospital usa contratistas o proveedores de atención primaria independientes para prestar los diversos servicios descritos arriba. Además, reconozco que leí este formulario de consentimiento, incluyendo la información específica relacionada con los servicios médicos independientes y tuve la oportunidad de hacer preguntas; y que todas las preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.





Fecha (Date)	Hora (Time)	Firma del paciente (Signature of Patient)
-----------------	----------------	--

Fecha (Date)	Hora (Time)	Firma de los agentes legalmente autorizados (Signature of Legally Authorized Agent(s))		Relación con el paciente (Relationship to patient)
-----------------	----------------	---	--	---

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

Para uso exclusivo del personal de Advocate
(For Advocate Personnel Use Only)

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices:	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined	Patient Rights	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined
Payment Policy	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined	No Surprise Billing Disclosure	<input type="checkbox"/> Accepted	<input type="checkbox"/> Declined

Date	Time	Signature of Teammate
------	------	-----------------------

