

# Consentimiento general para la admisión y el tratamiento

## Consentimiento y acuerdo general para el pago de un tratamiento

**1. Consentimiento para el tratamiento:** Estoy entrando a una unidad \_\_\_\_\_ para recibir atención y tratamiento médico.

Autorizo que mi médico y otros médicos que me atiendan, médicos que den asesoría a otros médicos o médicos que me refieran, sus asistentes y demás personal de la unidad me brinden todos los servicios de tratamiento, médicos o diagnósticos que ellos juzguen necesarios o apropiados. Esto incluye todas las pruebas, procedimientos de rayos X y laboratorio, tratamientos, controles de medicamentos y transfusiones de sangre que no requieran mi consentimiento informado específico e individual. Entiendo que mi médico o las personas que designe mi médico hablarán conmigo acerca de mis opciones de atención y tratamiento. Sé que me puedo negar a dar mi consentimiento para recibir cualquier procedimiento o tratamiento.

**2. Reconocimientos generales:** Entiendo que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta. No se me ha prometido que el tratamiento me dará una cura o un resultado positivo. Entiendo que varios de los médicos que me brindan atención en esta unidad no son empleados o agentes de la unidad, pero la misma les permite brindar atención y tratamiento a sus pacientes. Entiendo que la unidad no se hace responsable de ningún acto u omisión de los contratantes independientes que me atienden en la unidad o de las instrucciones que éstos den. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones de mis proveedores de atención y hacer las citas para recibir la atención de seguimiento. Entiendo que durante el diagnóstico y el tratamiento, me pueden quitar células, tejidos o partes del cuerpo. Autorizo a que el personal de la unidad guarde o use dichas células, tejidos o partes de mi cuerpo con fines de enseñanza o a que deseché cualquier célula, tejido o parte del cuerpo que se me quite.

**3. Estudiantes:** Sé que la unidad tiene acuerdos con organizaciones educativas. Sé que es posible que los estudiantes brinden atención o que observen cómo se me brinda atención. Mi médico o el personal de la unidad supervisarán cualquier atención que me brinde un estudiante.

**4. Objetos de valor:** No se recomienda tener objetos de valor en la unidad antes mencionada. Entiendo que la unidad cuenta con un lugar donde puedo guardar mis objetos de valor. Si decido conservar los objetos de valor conmigo, lo hago bajo mi propio riesgo y la unidad no se hace responsable de ninguna pérdida o daño que puedan sufrir mis objetos de valor.

**5. Registros médicos:** Entiendo que mis proveedores de atención médica guardarán, verán y compartirán mi información de atención médica en un sistema de registro médico electrónico seguro. Entiendo que, una vez que todos mis proveedores documenten en este registro compartido los tratamientos y servicios que me brindan, la información no se puede separar. Acepto que es posible que mis registros médicos se compartan con mi aseguradora o sus agentes para obtener una autorización previa para la atención y para apoyar el pago de mis reclamaciones o facturas. Esta presentación de registros puede incluir información relacionada con el abuso de drogas o alcoholismo, enfermedades mentales, VIH y discapacidades del desarrollo. Entiendo que también es posible que mi información se comparta con fines de cobro. Entiendo que, en todos los casos en los que se compartan mis registros médicos, la unidad sólo compartirá lo que sea necesario.

**6. Beneficios del seguro/Acuerdo para pagar:** Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos correspondientes a mi cuidado y tratamiento en la entidad mencionada arriba. Sé que mi cuidado y tratamiento puede requerir de análisis de laboratorio y otros estudios que están bajo la supervisión de un médico independiente que puede facturar separadamente. Por la presente asigno a la Entidad y a los médicos y profesionales asociados con la entidad, para que apliquen a mi factura los servicios rendidos, todos mis derechos y reclamos para reembolso bajo cualquier plan de salud federal o estatal (incluyendo pero no limitado a Medicare o Medicaid), Póliza de Seguros, cualquier arreglo de servicios médicos administrados o cualquier otro arreglo similar con una tercera parte que cubra costos de cuidado de salud para los cuales habría pagos disponibles para cubrir los costos de los servicios que me otorgaron. Yo entiendo que si elijo que se envíe la factura a mi seguro médico, es mi responsabilidad asegurarme que el servicio rendido sea cubierto por mi seguro de salud. Sé que es posible que mi seguro no pague por estos servicios. Las razones que las compañías de seguros dan para no pagar los servicios pueden incluir, pero no están limitadas a: sin cobertura, necesidad médica, sin autorización, servicios que se consideran experimentales, y por otro lado, aquellos basados en los límites del acuerdo entre el asegurado y la compañía de seguros. Sé que si mi compañía de seguros se negara a pagar por los servicios, más allá de la razón que mi compañía dé para tal denegación, yo seré responsable por el pago de dichos servicios. Si mi cuenta no se llegara a pagar, lo que está permitido por la ley Federal o estatal, la Entidad accedería a mi expediente de crédito, colocaría mi cuenta con una agencia de cobros para recolectar la deuda (incluyendo el acceso a mi expediente de crédito) y podrían cargar intereses a mi cuenta. Se podría usar un sistema de marcado automático para realizar llamadas telefónicas a los números de teléfonos que están en los registros con el propósito de recolectar la deuda.

**7. Pacientes de Medicare y Medicaid:** Toda la información que di cuando solicité el pago de Medicare o Medicaid es correcta. Pido que ese pago de beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a la clínica antes mencionada por cualquier servicio que ellos me hayan proporcionado. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica a publicar cualquier información necesaria a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes para determinar esos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

**8. Video y fotografía:** Entiendo que es posible que la unidad me tome fotos o video cuando esto pueda ayudar a mi tratamiento

**9. Cuidado de Salud en el Hogar y Hospicio:** Incluso en el momento de admisión/registración, es importante comenzar a planear el cuidado que necesitará después que le den el alta. Sé que tengo la libertad de elegir y el derecho a seleccionar a mi proveedor para cualquier cuidado que podría necesitar después de que me den el alta. Sé que para servicios de cuidados en el hogar y hospicio, el hospital generalmente usa el servicio de cuidado en el hogar y hospicio de ProHealth, a menos que yo elija un proveedor diferente. Sé que si la pido, se me otorgará una lista de otras agencias disponibles para cuidados en el hogar y hospicio.

HE LEÍDO LO ANTERIOR. ACEPTO EL CONTENIDO

Fecha: \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ a.m. / p.m.  
                    Mes                    Día                    Año                    Hora

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
                    Paciente

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento, llene y firme lo siguiente. El paciente no puede firmar porque:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
                    Representante personal del paciente que firma en nombre del paciente

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_