

Saint Luke's Health System

Consentimiento y acuerdo para servicios de atención médica

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Doy mi consentimiento y autorizo a las entidades y a los médicos del complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* ("SLHS") para que presten servicios médicos según las instrucciones generales y específicas de los miembros del personal médico. Asimismo, a discreción profesional del personal médico, doy mi consentimiento para la realización de exámenes, pruebas o procedimientos que sean considerados aconsejables o necesarios en el diagnóstico y tratamiento. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Entiendo que no se me ha hecho ninguna promesa o dado garantías de los resultados del tratamiento o del examen médico. Autorizo a la Entidad y a mis médicos para que tomen fotografías, u otro tipo de imágenes, de mí o de cualquier parte de mi cuerpo para que sean usadas en evaluaciones médicas o en la enseñanza. También autorizo el uso de video o de audio (p. ej. *eICU*, *eHospitalist*, *eConsults* y otros servicios de *eHealth* o telemedicina) para monitorear, evaluar e interactuar conmigo mientras esté bajo los cuidados de la Entidad y para que sean usados en evaluaciones médicas o en la enseñanza.

CUIDADO PROFESIONAL El paciente está bajo el cuidado profesional del médico especialista, que coordina los servicios para el cuidado y tratamiento del paciente. Entiendo que entre las personas que brindan cuidados médicos al paciente en esta Entidad figuran el personal médico, el de enfermería y otro personal del equipo médico que puedan estar tomando parte del cuidado del paciente como parte de su formación profesional.

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Por la presente autorizo la revelación total o parcial de la historia clínica y del estado de cuenta del paciente, los cuales pudiesen contener información relacionada con el cuidado de enfermedades mentales, enfermedades contagiosas, el VIH o el SIDA, y tratamiento para la adicción al alcohol y a drogas, a cualquier persona o empresa que sea o pudiese ser responsable bajo contrato de los gastos médicos total o parcialmente. También autorizo a la Entidad a revelar la información necesaria para la facturación a los médicos o entidades que provean servicios relacionados a mi ingreso en esta Entidad. Entiendo que ninguna información que pudiese identificarme de alguna manera, será publicada. También doy mi consentimiento para compartir mi historia clínica dentro del complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que el complejo hospitalario SLHS utiliza varias redes electrónicas que comparten información sobre la salud para asegurarse de que la información sobre mi salud esté disponible a todas las personas y organizaciones que me estén atendiendo, para que se pague por dicha atención o con otros fines autorizados por la ley. Además, también se utilizan las redes para compartir información sobre la salud a través de Midwest Health Connection, Epic's Care Everywhere, y cualquier otra red para compartir información sobre la salud en la que SLHS participe (llamadas colectivamente, *Exchanges*). Por lo tanto, entiendo que el complejo SLHS puede revelar información sobre mi salud a las redes, y que puede tener acceso a información sobre mi salud que conste en ellas, tal como se ha descrito en este consentimiento.

CESIÓN DE BENEFICIOS Por la presente cedo a las entidades del complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* y a todos sus médicos, todos mis intereses y derechos a beneficios de seguro médico pagaderos a mi persona debido a esta hospitalización o a servicios ambulatorios que hubiesen surgido de cualquier póliza de seguro médico, plan de seguro médico por cuenta propia, *Medicare* o *Medicaid* que estén a mi nombre o de los que yo sea beneficiario. También autorizo el pago por hospitalizaciones (incluyendo el seguro de gastos médicos mayores) directamente al hospital que proporcionó el cuidado. Cedo el pago por prestaciones de atención médica (entre los que figura el seguro de gastos médicos mayores) al médico u organización que proporcionó dichos servicios, o autorizo a dicho médico u organización a someter una factura para recibir remuneración por sus servicios. Entiendo que soy responsable de cumplir los requisitos de precertificación impuestos por toda póliza de seguro médico, plan de seguro médico por cuenta propia o plan gubernamental que cubra dicha hospitalización o servicio ambulatorio. Asimismo, entiendo que la Entidad no es responsable del proceso de precertificación. De igual modo, entiendo que soy responsable de cualquier multa impuesta por la compañía de seguro, o plan de seguro médico por cuenta propia, si no he cumplido con los requisitos de precertificación, y de cualquier cargo no cubierto por la cesión de estos beneficios.

AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE Entiendo que puede que el nivel de atención médica que mi médico determine como el necesario y adecuado sea diferente a lo que opine mi compañía de seguro médico y que pueda entonces negar el pago de alguna parte de la factura a la Entidad. Para poder resolver esta disputa, yo autorizo a la Entidad a actuar en mi nombre y a presentar de mi parte una queja o apelación a la compañía de seguro médico de tal negación, de acuerdo a la ley aplicable, y también a que notifique directamente a la Entidad de la resolución de tal queja o apelación.

RESPONSABILIDAD ECONÓMICA En consideración a la Entidad y a los médicos que proporcionan la atención médica y hospitalización, servicios de la Entidad y servicios de los médicos: yo me comprometo a pagarle a la Entidad y a los médicos por la hospitalización, por los servicios de tanto la Entidad como los de los médicos que han sido proporcionados o que serán proporcionados al paciente. Entiendo que el hecho de la aceptación de la cesión de beneficios del seguro no me exime de la responsabilidad del pago por dichos servicios y que yo soy el responsable de aquellos cargos que no estén cubiertos por la póliza de seguro médico o el plan de seguro médico por cuenta propia ante la Entidad y los médicos. Del mismo modo, entiendo que conforme a las leyes de gravamen hospitalario de este estado, en caso de que yo sufriera lesiones debido a la negligencia o acto ilícito de un tercero, el complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* podría ejercitar su derecho de preferencia en una o todas las reclamaciones interpuestas por mí, así como sobre mi derecho a presentar una demanda contra la persona que me hubiera causado lesiones. Asimismo, el complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* se reserva el derecho de embargo preventivo con fines de cobro por los servicios proporcionados en lugar de cobrar estos servicios a mi seguro médico o plan de seguro médico por cuenta propia. En el caso de tener que recurrir a una agencia de cobros, el costo de la misma, incluyendo los honorarios razonables de los abogados y las costas judiciales serán incluidos como parte de la obligación de pago a las entidades y a los médicos del complejo hospitalario *Saint Luke's Health System*.

ASISTENCIA ECONÓMICA El hospital tiene una política de asistencia económica a la que usted podría tener derecho. Las pautas de los ingresos personales se basan en los niveles de pobreza establecidos por el gobierno (*Federal Poverty Limits*). Si sus ingresos personales son inferiores a aquellos establecidos en las pautas para el tamaño de una familia como la suya, podría tener derecho a esta ayuda.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE: En algunos casos, el complejo SLHS puede solicitar el reembolso del coste de algunos de sus medicamentos o de sus dispositivos médicos de las compañías que los fabrican. Si esto ocurriese, no se le cobraría por ese medicamento o dispositivo médico, y se quitaría de la cuenta de su hospitalización. Al firmar este formulario, usted autoriza al complejo SLHS, o a su representante, a que firmen por usted la solicitud, si fuese necesario. Además, les autoriza que vean y revelen cualquier dato personal, médico y/o económico que los programas de asistencia al paciente necesiten para solicitar el medicamento sin coste. Esta información se mantendrá confidencial dentro del SLHS y se proporcionará a las compañías farmacéuticas que patrocinan el programa.

Patient Label:

Saint Luke's Health System

Consentimiento y acuerdo para servicios de atención médica

TÉRMINOS GENERALES

Expectativas en cuanto al comportamiento: Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad tratar respetuosamente a los otros pacientes, a las visitas y al personal médico. Entiendo que no se tolerará el comportamiento irrespetuoso y que dicho comportamiento puede resultar en una evaluación para darme de alta.

Consentimiento para recibir comunicados: Doy mi consentimiento para recibir comunicados del complejo hospitalario *SLHS*, de sus contratistas y de sus representantes de cobro a cualquier número telefónico que yo provea, o a los números telefónicos que contrate en el futuro (teléfono celular o línea fija). Se me puede contactar para la programación de citas, recordatorios de atención médica de seguimiento, cesión de beneficios (prestaciones), o responsabilidad financiera. Pueden ponerse en contacto conmigo por medio de un representante, un mensaje de voz, un mensaje de texto, un marcador automático o cualquier otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que, dependiendo del contrato de telefonía que tenga, puede que incurra cargos adicionales debido a estas llamadas o mensajes de texto. Entiendo que la atención médica no depende de si consiento o no a que se me llame o se me manden mensajes de texto.

Acuerdo de salida: Se me ha informado y estoy de acuerdo en que saldré voluntariamente del complejo hospitalario *Saint Luke's Health System*, cuando según el juicio profesional de mi médico o del Comité de Revisión del Uso de los Servicios Médicos, se determine que ya no necesito seguir bajo cuidado médico.

Exención de responsabilidad por artículos de valor: Entiendo que el Hospital recomienda firmemente que todas las pertenencias y artículos personales de valor, se envíen a casa o que se dejen bajo la custodia del hospital hasta que me den el alta. Entiendo que el Hospital no será responsable de ninguna pérdida o daño de objetos personales que yo decida guardar conmigo y también entiendo que no reemplazará ningún artículo personal en caso de pérdida o robo.

Política sobre el consumo de tabaco: Entiendo que todos los recintos del complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* son zonas libres de tabaco. Sé que no se permite fumar o consumir productos de tabaco en ninguna parte del recinto, incluyendo el estacionamiento y los alrededores de la instalación. Si decido salir del recinto para fumar o consumir productos de tabaco, asumo plena responsabilidad por mi propia seguridad. Eximo de toda responsabilidad a la Entidad, a sus empleados y representantes si me lesiono de cualquier manera como resultado de mi decisión de fumar o consumir productos de tabaco. En caso de consumo de tabaco de menores de edad se aplicarán las leyes estatales o federales. La política sobre el tabaco se aplica a los cigarrillos electrónicos, a los vapeadores, y a cualquier otro producto que contenga tabaco o nicotina.

Encuesta de satisfacción del paciente: El complejo hospitalario *Saint Luke's Health System* podría contactarlo acerca del cuidado médico que recibió y utilizar esa información para mejorar la calidad de la atención médica que ofrecemos. Puede tomar parte en esta encuesta por teléfono o por correo electrónico mediante un enlace a una página del Internet segura donde puede proveer información de manera anónima. También puede que reciba un correo electrónico de *MySaintLuke's* invitándolo a registrarse en el portal de pacientes; así puede comunicarse de manera confidencial con su médico, ver el resumen de su consulta médica, obtener resultados de análisis clínicos, y mucho más.

Coordinación de beneficios: Certifico que la información del seguro médico provista al complejo hospitalario Saint Luke's Health System es la correcta. No existe ninguna otra cobertura adicional de seguro médico que no haya sido proporcionada.

Estoy de acuerdo en que he recibido, o se me ha ofrecido, información sobre los siguientes temas enumerados más abajo, por medio de anuncios, documentos informativos y/o folletos, los cuales contienen información sobre:

- Directrices anticipadas
- Representación del paciente/derechos del paciente/proceso para la resolución de quejas
- Resumen de la política de asistencia económica (*FAP*, por sus siglas en inglés)
- Notificación sobre las Prácticas de Privacidad
- Servicios de intérprete
- Carta de bienvenida sobre la atención especializada de enfermería y el procedimiento para presentar quejas (según corresponda)

Yo/Nosotros por la presente certifico/certificamos que yo/nosotros he/hemos leído todas las partes de este Consentimiento y Acuerdo y acepto/aceptamos todos los plazos y condiciones y hago/hacemos constar que toda la información que he/hemos dado es correcta según mi/nuestro leal saber y entender.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante autorizado (incluya parentesco con el paciente)

Fecha

Hora

Si el paciente no puede firmar, explique por qué:

Menor de edad Enfermedad grave Otra razón: _____

Si el paciente no puede firmar y el representante autorizado no está disponible, O si el consentimiento se obtuvo por teléfono, será necesario tener dos testigos.

Firma del testigo 1

Fecha/Hora

Nombre del testigo 1

Firma del testigo 2

Fecha/Hora

Nombre del testigo 2

Patient Label: