Saint Luke's

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* 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* para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que el complejo hospitalario *Saint Luke's* 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 Epic's Care Everywhere, y cualquier otra red para compartir información sobre la salud en la que *Saint Luke's* participe (llamadas colectivamente, *Exchanges*: el listado completo puede encontrarse en al página web saintlukeskc.org/HIE). Por lo tanto, entiendo que el complejo *Saint Luke's* 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* 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* 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* 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*.

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 *Saint Luke's* 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 *Saint Luke's*, 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 *Saint Luke's* y se proporcionará a las compañías farmacéuticas que patrocinen el programa.

TÉRMINOS GENERALES

Expectativas en cuanto al comportamiento: Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad tratar respetuosamente a los otros pacientes, a las visitas y al personal. Asimismo, me comprometo a no grabar la atención médica del paciente, o a usar mi teléfono, tableta o dispositivo que interfiera con la atención médica. Entiendo que no se tolerará el comportamiento irrespetuoso y que, en el caso de que ocurriese, podría dar lugar a una evaluación cuyo fin sería darme de alta.

Patient Label:

Saint Luke's

Consentimiento y acuerdo para servicios de atención médica

Consentimiento para recibir comunicados: Doy mi consentimiento para recibir comunicados del complejo hospitalario *Saint Luke's*, de sus contratistas y de sus representantes de agencias de cobranza. Me pueden contactar sobre mi asociación con *Saint Luke's*, inclusive sobre actualizaciones de citas médicas, mi cuenta de mySaintLuke's, mi código de acceso de un solo uso, recordatorios de seguimiento, cesión de beneficios (prestaciones), responsabilidad financiera, avisos de facturación, recordatorios de recetas y la gestión de mi atención médica. Los comunicados pueden ser por medio de un representante, mensaje de voz (pregrabado o automatizado), mensaje de texto, marcador automático, correo electrónico, aplicaciones u otras tecnologías de comunicación, dirigido a cualquier teléfono, correo electrónico u otra información de contacto o medios que yo haya facilitado. Entiendo que, según el contrato de telefonía que tenga, puedo incurrir en gastos adicionales debido a estas llamadas o mensajes de texto. Entiendo que recibir atención médica no depende de mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto.

Acuerdo de salida: Se me ha informado y estoy de acuerdo en que saldré voluntariamente del complejo hospitalario *Saint Luke's*, 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* 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* 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 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 (según corresponda), 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

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: