

Consentimiento de atención médica

1. **Para tratamiento:** yo, en mi nombre (en nombre del paciente nombrado abajo) y, si corresponde, para cualquier bebé que yo dé a luz, doy mi consentimiento para que se hagan los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico que sean necesarios y apropiados para mi condición médica o enfermedad. Esto puede incluir la prueba del VIH, a menos que rechace específicamente la prueba del VIH, informando a mi proveedor de atención directa que la rechazo. Los médicos u otros proveedores de atención apropiados determinarán qué procedimientos de diagnóstico y tratamientos médicos se proporcionarán según sea necesario o conveniente en el momento del tratamiento. Esto se hará en el hospital o por medio de servicios de telesalud. Comprendo que los proveedores de atención médica que están en capacitación pueden, bajo la supervisión del personal adecuado, participar en mi tratamiento.

Además, entiendo que, especialmente en situaciones de emergencia, el tratamiento puede haberse comenzado antes de que yo haya podido revisar y firmar este formulario. Reconozco y entiendo que todos los términos de este formulario, incluyendo, entre otros, el párrafo 15 sobre los servicios de médicos/proveedores de atención independientes, están en pleno vigor durante toda la duración de la atención y el tratamiento del paciente en el hospital. Firmando abajo, acepto los términos descritos en este formulario, incluyendo, entre otros, el párrafo 15, de manera retroactiva, incluso si tuve una suposición o entendimiento contrario sobre la situación laboral de cualquier proveedor de atención médica antes de revisar y firmar este formulario.

2. **Coordinación de la atención:** entiendo que Advocate Health Care y Aurora Health Care ahora forman parte de Advocate Health, un sistema médico clínicamente integrado que está compuesto por múltiples hospitales, grupos de médicos y otras entidades proveedoras de atención médica que son legalmente independientes pero que trabajan juntos para garantizar una coordinación eficiente de la atención del paciente. Entiendo que Advocate Health almacenará mi información médica de paciente en un formato de expediente médico electrónico y que mi registro médico, incluyendo, entre otros, mi diagnóstico, plan de tratamiento, información sobre 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), se podrá consultar por personas que son miembros de mi equipo interdisciplinario de atención en todo el sistema de Advocate Health.
3. **Fotografía:** entiendo que mis proveedores médicos pueden tomar fotografías, grabar videos o audios para documentar una condición médica, ayudar con el diagnóstico o tratar una condición, o ayudar a planificar los detalles de una operación. Entiendo que mis proveedores o el hospital conservarán los derechos de propiedad de estas fotografías, videos o grabaciones de audio. También entiendo que estas imágenes pueden usarse con fines educativos, siempre que no se revele la información que identifique al paciente.
4. **Selección 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. El hospital generalmente usará el servicio de Advocate at Home (Advocate en casa) para permitir la continuidad de la atención, a menos que mi aseguradora indique lo contrario o que yo seleccione a un proveedor diferente. Me entregan una lista de proveedores de atención en casa en el momento del ingreso/registro. Cuando se solicite, un planificador del alta puede proporcionar otra copia de la lista. Si prefiero un proveedor diferente, se respetarán mis preferencias.
5. **Recetas externas:** autorizo el acceso a mi historia de recetas externas para facilitar mi atención médica. La información solo estará disponible si surtí mis recetas mediante una farmacia participante. Por lo tanto, sigue siendo mi responsabilidad proporcionar una historia de medicamentos precisa.
6. **Opción de idioma:** me dieron información relacionada con 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.



Patient Name: _____

MRN: _____

 Date of Birth: _____
 or Affix Label

7. **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.
8. **Comunicaciones electrónicas:** autorizo a Advocate Health y a sus representantes (incluyendo a agentes externos) a comunicarse conmigo por teléfono mediante mensajes pregrabados o sistemas de marcación automática a cualquier teléfono asociado conmigo o con mis representantes personales, en relación con cualquier asunto relacionado con mi tratamiento, pagos, cuenta, actividades de investigación o para informarme sobre productos o servicios que puedan ser de mi interés. Solo puedo rechazar recibir más llamadas o mensajes siguiendo las instrucciones que específicamente proporciona Advocate Health. Entiendo que no estoy obligado a aceptar llamadas telefónicas ni mensajes para recibir tratamiento u otros servicios de Advocate Health. Al proporcionar una dirección de correo electrónico y un teléfono celular, doy permiso para que Advocate Health (incluyendo sus contratistas independientes) me envíe información, recordatorios y mensajes usando esos medios de comunicación por los motivos descritos arriba.
9. **Cesión 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.
10. **Pago de medicare y cesión de beneficios (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 proporcioné cuando envié una solicitud para dichos beneficios es correcta y que ya completé un cuestionario de Medicare. Autorizo a cualquiera que tenga información médica u otra información sobre mí a revelarla a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes, si la necesitan para procesar los pagos de estos beneficios. Autorizo a la Administración del Seguro Social a revelar información sobre mis derechos a recibir beneficios al hospital y los médicos que me presten servicios.
11. **Cosas 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 solicito y, por la presente, libero al hospital de toda responsabilidad y obligación por esos objetos de valor y artículos de propiedad personal que no se guarden en una caja fuerte del hospital, incluyendo por cualquier daño a propiedad personal o artículos perdidos.
12. **Asistencia 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 de médicos/proveedores de atención independientes, y que el paciente recibirá facturas por separado de estos proveedores médicos por sus servicios.** Soy consciente de que algunos médicos podrían no participar en el plan médico o en el programa de pago que cubre mi atención, por lo que puedo estar sujeto a más cargos. El paciente acepta la responsabilidad por cualquier costo, incluyendo los honorarios de abogados, generados para cobrar estos cargos. Entiendo que, si no doy mi consentimiento para la revelación de los registros o si después revoco dicho consentimiento, el paciente será completamente responsable del pago de todos los cargos por diagnóstico y tratamiento recibido. Certifico que la información que proporcioné con fines de pago por este tratamiento del hospital es, hasta donde yo sé, completa y precisa. Entiendo que, si el paciente tiene dificultades para cumplir sus responsabilidades de pago al hospital, se puede solicitar información de ayuda económica, incluyendo planes de



Patient Name: _____

MRN: _____

 Date of Birth: _____
 or Affix Label

pago razonables y ayuda económica, como parte de los servicios de consejería económica del hospital. Entiendo que las preguntas sobre la cobertura o los niveles de beneficios deben dirigirse al plan de atención médica del paciente y al certificado de cobertura del paciente. Además, me ofrecieron una copia del resumen en lenguaje sencillo de la ayuda económica, que describe la política y la solicitud de ayuda económica.

13. **Nombramiento y autorización para propósitos de cobertura:** nombro a Advocate Health y a su personal de consejería económica o de asistencia para cobertura (el “Representante”) como mi agente y representante, y el del paciente, para que, a su criterio, ejerza cualquier o todos los derechos y responsabilidades que yo o el paciente podamos tener o adquirir más adelante en relación con buscar, disputar, recibir, inscribirse en, cancelar la inscripción de, solicitar la continuación de, o apelar beneficios o cobertura médica que están financiados con fondos locales, estatales o federales, incluyendo programas bajo la Ley del Seguro Social (Social Security Act), incluyendo, entre otros, Medicaid y exenciones de Medicaid (“Asistencia”). El Representante también está autorizado para acceder, inspeccionar y recibir copias de cualquier registro, información o aviso al que yo o el paciente tengamos derecho, incluyendo, entre otros, información económica, tributaria, laboral, de seguros, médica y cualquier otra información relacionada con la Asistencia, y avisos de denegación, avisos de aprobación, solicitudes de información, determinaciones adversas de beneficios y avisos de resolución. Autorizo al representante, a su criterio y con sus propios gastos, a obtener representación legal, la cual tendrá la misma autoridad que el Representante. Si el Representante ya ha tomado medidas coherentes con esta autorización y exención, he revisado y ratificado dichas medidas. Este nombramiento y autorización para propósitos de cobertura seguirán vigentes hasta que yo o el paciente las revoquemos por escrito y entreguemos esa revocación al Representante. Esta autorización no pierde validez si yo o el paciente fallecemos o quedamos incapacitados.
14. **Obligación de pago y garantía:** acepto pagar todos los cargos de Advocate Health por los servicios que reciba el paciente. Esta obligación contractual y garantía exige el pago total de todos los servicios prestados, incluyendo, entre otros, todos los cargos que el paciente tenga con Advocate Health, de acuerdo con las tarifas y condiciones normales de Advocate Health establecidas en la “lista maestra de precios” vigente en el momento del tratamiento, que Advocate Health debe mantener según 42 U.S.C. § 300gg-18(e). Para mayor claridad, dicha obligación contractual y garantía exigen el pago de todos los cargos que el seguro no cubra, independientemente del motivo por el que se deniegue la cobertura del seguro. Si no pago tales cargos y Advocate Health o cualquier otra persona o entidad a la que yo deba el pago recurre a un abogado para cobrar los cargos no pagados, acepto pagar el costo razonable de los servicios del abogado, además de los cargos no pagados. Doy mi consentimiento y autorizo a Advocate Health y a los médicos/proveedores de atención médica que no son empleados a comunicarse con fuentes externas de datos de su elección, incluyendo agencias de reportes de crédito, para evaluar y determinar mi solvencia crediticia, mi elegibilidad para recibir ayuda económica, y la viabilidad de cobrar cualquier cantidad que yo deba, ya sea en este momento o en visitas posteriores. Entiendo y acepto que Advocate Health puede ceder las cuentas que considere necesario para propósitos de cobrar cualquier cantidad adeudada, incluyendo a agencias de cobro y abogados.
15. **Aviso legal sobre los servicios de médicos/proveedores de atención independientes:** reconozco y entiendo completamente lo siguiente: Los médicos y otros proveedores de atención médica (o “proveedores de atención”) que me prestan servicios médicos en este hospital **NO SON EMPLEADOS NI AGENTES DEL HOSPITAL NI DE ADVOCATE HEALTH, SINO CONTRATISTAS INDEPENDIENTES O PROVEEDORES DE ATENCIÓN INDEPENDIENTES.** Estos contratistas/proveedores de atención independientes incluyen, entre otros, a médicos y otros proveedores médicos como asistentes médicos, enfermeros registrados certificados en anestesiología, enfermeros de práctica avanzada y enfermeros. Solo los médicos/proveedores de atención que se identifican explícita y claramente como empleados del hospital son empleados o agentes del hospital. Los médicos/proveedores de atención independientes están obligados a portar gafetes de identificación de seguridad que digan “Advocate Health” o que indiquen el nombre específico del hospital/centro de Advocate. Estos gafetes no se usan para identificar la situación laboral de ningún médico/proveedor de atención y se usan exclusivamente con fines de seguridad. Entiendo que debo hacer a mi médico/proveedor de atención cualquier pregunta relacionada con su situación laboral.



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

Los médicos/proveedores de atención que no son empleados tienen permiso para usar el hospital para proporcionar atención médica y tratamiento a sus pacientes. **Los médicos/proveedores de atención que no son empleados incluyen, entre otros, a mis médicos de atención primaria, mis médicos de atención directa, los asistentes médicos, los enfermeros registrados certificados en anestesiología, los enfermeros de práctica avanzada, los enfermeros, los que ejercen la medicina de emergencia, traumatología, cardiología, obstetricia, cirugía, radiología, anestesia, patología y otras especialidades no listadas.** El hospital y Advocate Health no controlan las decisiones médicas que toman estos médicos/proveedores de atención independientes. Estos médicos/proveedores de atención independientes ejercen su propio criterio médico para atenderme o prestarme otros servicios profesionales, y son total y legalmente responsables de su propia atención y tratamiento. El Hospital y Advocate Health no son legalmente responsables de la atención y el tratamiento que proporcionan estos médicos/proveedores de atención independientes. Recibiré y seré completamente responsable de pagar una factura separada por cada uno de estos médicos/proveedores de atención independientes por la atención y el tratamiento que me proporcionen.

Mi decisión de buscar atención médica en el hospital o en Advocate Health NO se basa en ningún entendimiento, declaración, publicidad, campaña mediática, inferencia, presunción o confianza en que los médicos/proveedores de atención que me proporcionan atención y tratamiento sean empleados o agentes del hospital o de Advocate Health, ya que, como se describió arriba, no lo son a menos que me indiquen lo contrario de manera explícita y clara.

Iniciales del paciente/representante (*Patient/Representative Initials*): _____

16. **Aviso de prácticas de privacidad y Derechos del paciente:** reconozco que el hospital me dio una copia de su Aviso de prácticas de privacidad y de los Derechos del paciente. Entiendo que los avisos describen las prácticas de privacidad del hospital con respecto al uso o revelación de la información médica, la política de pagos del hospital en relación con los cargos por servicios del hospital, los programas de cobro, ayuda benéfica y asistencia para el pago, y otros derechos del paciente. Es posible que no haya decidido conservar estos folletos.

Con mi firma abajo, confirmo que reconozco y entiendo que el hospital emplea a contratistas o proveedores de atención independientes para prestar varios servicios, como se describió arriba. Además, reconozco que leí este formulario de consentimiento, incluyendo el lenguaje específico relacionado con los servicios de médicos/proveedores de atención independientes, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. También reconozco que mi firma en una plataforma electrónica puede verse diferente a mi firma real, pero confirmo que mi firma es válida, vinculante, y ejecutable.

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

_____ Fecha (Date)	_____ Hora (Time)	_____ Firma del agente legalmente autorizado (Signature of Legally Authorized Agent)	_____ Relación con el paciente (Relationship to Patient)
--------------------------	-------------------------	--	--

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

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

