

ACUERDO y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Patient Agreement and Consent

Página 1 of 2

Page 1 of 2

Como condición previa a mi internamiento o tratamiento o al internamiento o tratamiento de mi hijo/a en el Hospital/Centro Médico, por el presente acepto lo siguiente:

- 1. CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:** Por el presente autorizo a los médicos a cargo de mi atención y al Hospital/Centro Médico para prestar los servicios que a su criterio sean necesarios o aconsejables, tales como servicios médicos de emergencia, procedimientos diagnósticos de rutina y procedimientos médicos, entre otros. Entiendo que, bajo las instrucciones del médico encargado de mi tratamiento; se pueden emplear en mi atención y tratamiento los servicios de un asistente del médico, una enfermera/o titulada/o profesional de nivel avanzado, estudiantes o residentes afiliados al Hospital/Centro Médico.
- 2. CONSENTIMIENTO DE TRANSFERENCIA A UN CENTRO MÉDICO DE ATENCIÓN LAS 24 HORAS DEL DÍA:** Por el presente doy mi consentimiento para ser transferido a un centro médico de atención las 24 horas del día a fin de recibir tratamiento médico adicional cuando mi afección médica indica que ese nivel de atención es apropiado a criterio del médico encargado de mi tratamiento.
- 3. RELACIÓN JURÍDICA ENTRE EL HOSPITAL/CENTRO MÉDICO Y EL(LOS) MÉDICO(S):** Reconozco que los médicos y cirujanos que me presten servicios, tales como, entre otros, radiólogos, anestesiólogos, patólogos y médicos de salas de urgencia, son contratistas independientes con respecto a mí y no son empleados, representantes ni dependientes del Hospital/Centro Médico. Asimismo, entiendo que me encuentro bajo el cuidado y supervisión de mi(s) médico(s) de cabecera. Además, entiendo que mi(s) médico(s) de cabecera tiene(n) la responsabilidad exclusiva de obtener mi consentimiento con conocimiento de causa cuando fuera necesario para los procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos o los servicios de hospital que se me presten bajo las instrucciones generales o especiales de mi(s) médico(s).
- 4. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:** Por el presente autorizo al Hospital/Centro Médico y/o al(los) médico(s) encargado(s) de mi tratamiento para que divulguen a terceros pagadores (tales como una compañía de seguros, su representante designado para fines de evaluación o un organismo gubernamental) únicamente la información diagnóstica y terapéutica (incluida la información psiquiátrica, sobre abuso de drogas o alcohol, o sobre el VIH) que fuera necesaria para determinar mis derechos de beneficios y para procesar el pago de solicitudes de beneficios por concepto de los servicios de atención de salud que se me presten a partir de la fecha del presente. El Hospital/Centro Médico y los médicos que presten sus servicios en el Hospital/Centro Médico están autorizados para divulgar información contenida en mi expediente médico a cualquier centro de servicios profesionales de enfermería u otro centro de atención médica al cual se me transfiera para continuar con mi atención o para fines de investigación.
- 5. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO PARA FINES DE MEDICARE/MEDIGAP/MEDICAID:** Certifico que la información presentada para solicitar pagos en virtud del Título XVIII y/o el Título XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier persona en poder de información médica o de otra índole respecto a mí que divulgue a la Dirección de Seguridad Social o a sus intermediarios o aseguradoras toda la información que fuera necesaria para dicha solicitud de beneficios de Medicare o con relación a la misma. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios de médicos al médico o la organización que prestó los servicios o autorizo a dicho médico u organización a presentar una solicitud de beneficios ante Medicare, Medigap o Medicaid para que el pago se me haga a mí. Entiendo que soy responsable de los deducibles y copagos correspondientes a planes de seguro médico.
- 6. CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Por el presente autorizo, solicito y doy instrucciones a toda compañía de seguros asignada que pague directamente al Hospital/Centro Médico y/o al(los) médico(s) encargado(s) del tratamiento la suma extendida a mi favor como resultado de mis solicitudes de beneficios pendientes por concepto de servicios del hospital/centro médico bajo las pólizas respectivas. Acepto que si la suma no es suficiente para cubrir el total de los gastos del Hospital/Centro Médico, incluidos el copago y el deducible, yo me haré responsable del pago de la diferencia y que, si el tipo de servicios prestados no está cubierto por dicha póliza, yo me haré responsable ante el Hospital/Centro Médico y/o el(los) médico(s) encargado(s) del tratamiento por el pago de la totalidad de la factura.
- 7. CONSENTIMIENTO PARA PAGAR POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE PATOLOGÍA:** Entiendo que mientras me encuentre hospitalizado, los estudios de laboratorio sobre mis especímenes tales como sangre, orina, materia fecal o materia similar son efectuados bajo la supervisión de los patólogos que dirigen el laboratorio. Aunque estos patólogos no desarrollen ni revisen los resultados de las pruebas directamente, son responsables por la supervisión del laboratorio para asegurarse de que el reporte de los resultados de mis exámenes a mi médico sean claros, se hagan a tiempo, que los resultados clínicos sean confiables, cumplan con las normas reglamentarias y se encuentren disponibles para contestar preguntas del personal del laboratorio o de mi médico. Puede que el/la patólogo/a me facture sus honorarios profesionales, ya sea que estos servicios sean directos o indirectos como se describen arriba. Yo, acepto la responsabilidad por el pago de los honorarios que no sean pagados por mi seguro de gastos médicos o mi programa de medicina prepagada.

ACUERDO y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Patient Agreement and Consent

BC# 4231A

Rev. 3/04

P
A
T
I
E
N
T

ACUERDO y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Patient Agreement and Consent

Página 2 of 2

Page 1 of 2

8. **GARANTÍA DE PAGO:** Por valor recibido, incluidos, mas no exclusivamente, los servicios prestados, garantizo y me comprometo a pagar al Hospital/Centro Médico y/o al(los) médico(s) encargado(s) del tratamiento todos los cargos y gastos incurridos en mi tratamiento, incluidos los gastos que no están cubiertos por ninguna póliza de seguros vigente actualmente, entre ellos los copagos y/o deducibles pertinentes. A menos que se acuerde específicamente en contrario por escrito, todos los cargos se deberán pagar al momento de ser dado de alta. Las cuentas pendientes de pago acumularán intereses a la tasa estipulada por ley, tanto si se entabla una demanda como si se interpone una apelación. Si se entabla alguna acción de derecho o en equidad para hacer cumplir el presente acuerdo, el Hospital/Centro Médico y/o el(los) médico(s) encargado(s) del tratamiento tendrán derecho a recuperar los costos razonables incurridos, tales como honorarios de abogados, costos judiciales y cualquier otro costo por concepto de cobranza.
9. **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIÓN POR BIENES PERSONALES:** Entiendo y acepto que el Hospital/Centro Médico no es responsable por los efectos o los bienes personales que ingresen al sistema de salud o que yo o mi representante alegue que han ingresado al sistema de salud. Los efectos o los bienes personales incluyen, entre otros, la ropa, los productos de higiene personal, los artículos de tocador, dentaduras, gafas, dispositivos prostéticos (tales como aparatos auditivos, miembros artificiales o dispositivos auxiliares, tales como: bastones, andadores o sillas de ruedas), tarjetas de crédito, joyas y dinero. Entiendo que el Hospital/Centro Médico desalienta que se conserven los bienes personales en la habitación del hospital y que existe un área de seguridad disponible para guardar mis bienes personales que sean suficientemente pequeños como para caber en un sobre de seguridad. Los bienes de valor que no se reclamen en un plazo de 90 días después de ser dado de alta se desecharán.
10. **RECEPCIÓN DE "AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE/ CHAMPUS" (UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE/ CHAMPUS):** Entiendo que después de que se me dé de alta del Hospital/Centro Médico, una persona de PRO, la Peer Review Organization (*Organización de Evaluación por Colegas*) del Estado de Florida, podrá revisar mis expedientes de atención médica. Entiendo que el propósito de esta evaluación es determinar si el internamiento en el Hospital/Centro Médico fue necesario o no y comprobar la calidad de la atención que recibí durante mi hospitalización. Mi firma constituye únicamente mi acuse de recibo del "mensaje importante de Medicare" y no es una renuncia a ninguno de mis derechos de solicitar una evaluación ni me hace responsable de un pago a mi cargo.
11. **RECEPCIÓN DEL FOLLETO DE DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al firmar el presente documento, acuso haber recibido el folleto de Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de conformidad con la Ley de Florida 381.026 antes o al momento de mi internamiento, así como el Aviso sobre Prácticas de Privacidad.
12. **HABITACIÓN PRIVADA:** Si solicito una habitación privada, entiendo que el costo adicional de la misma corre por mi cuenta. Entiendo que no hay ninguna garantía de que se me asigne una habitación privada.
- Solicito una habitación privada: No Sí
13. **DIRECTORIO DEL CENTRO:** NO deseo que aparezca mi nombre en el directorio del centro. Entiendo que el centro no identificará mi habitación a quienes pregunten por mí por mi nombre en persona o por teléfono, que no se dará mi información para que me visiten miembros del clero a menos que se me consulte específicamente y que las entregas especiales se devolverán a remitente.

SÓLO PACIENTES DE OBSTETRICIA

14. **RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE NICA:** Al firmar el presente documento, acuso haber recibido la información sobre NICA, la Neurologic Injury Compensation Act (*Ley sobre indemnización por daños neurológicos*), de conformidad con la Ley de Florida, Sección 766.301, antes o al momento de mi internamiento.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO O QUE ÉSTA SE ME HA EXPLICADO Y QUE ENTIENDO DICHA INFORMACIÓN. RECIBIRÉ UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO PREVIA SOLICITUD. RECONOZCO QUE UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL.

Firma del paciente _____ Fecha _____

El paciente no puede firmar porque _____

Firma del representante autorizado del paciente _____

Relación con el paciente _____

Representante del hospital (Testigo) _____