REGISTRO DE PACIENTES Y CONDENT PARA TRATAMIENTO MEDICO

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. Yo, que padezco una afección que requiera atención médica hospitalaria para pacientes hospitalizados o ambulatorios, por la presente doy mi consentimiento voluntario para la prestación de atención, que puede incluir servicios hospitalarios, procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico u otros cuidados y servicios hospitalarios que el médico tratante u otras personas con privilegios clínicos en el Hospital de Río Grande (el "Hospital") consideren necesarios, y realizados por los empleados y el personal del hospital y/o los médicos, y profesionales de la salud afines que prestan servicios en el Hospital.

ACUERDO DE PAGO: Entiendo que no hay garantía ni reembolso ni pago de ninguna compañía de seguros u otro pagador. Reconozco toda la responsabilidad financiera y acepto pagar todos los cargos del Hospital y de los médicos que prestan servicios que no hayan sido pagados por mi seguro médico u otro pagador.

Todos los cargos vencen y son pagaderos al recibir la factura. Acepto pagar todos los gastos legales razonables necesarios para el cobro de cualquier deuda. Entiendo que cualquier reembolso que se me deba se enviará a la dirección registrada en el Hospital.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Doy mi consentimiento para que el hospital y mis médicos divulguen información de mis registros médicos de acuerdo con las categorías enumeradas en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Hospital. Al marcar una de las casillas a continuación, reconozco:

[ ] He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad [ ] Ya tengo una copia [ ] I have refused receipt of the Notice of Privacy Practices

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Autorizo y ordeno que el pago de cualquier seguro o beneficio de atención médica que de otro modo se me pague por servicios o bienes de atención médica se realice directamente al Hospital y a mis médicos, para incluir a los radiólogos, patólogos, anestesiólogos y médicos del departamento de emergencias del hospital. Entiendo que soy financieramente responsable ante el Hospital o mis médicos por los cargos no cubiertos o pagados de conformidad con esta autorización.

AUTORIZACIÓN PREVIA: Entiendo que es mi única responsabilidad obtener la autorización previa y cumplir con todos los requisitos que pueda tener cualquier plan de seguro médico, bajo los cuales confío para la cobertura de los cargos del hospital.

MEDICARE Y MEDICAID: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los programas de Medicare y/o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos directamente al hospital en mi nombre por los servicios prestados.

OBJETOS PERSONALES: El Hospital mantiene una caja fuerte para la custodia de cualquier dinero u objetos de valor y no asume ninguna responsabilidad por la pérdida. O daños a pertenencias personales como dinero, joyas, dentaduras postizas u otros objetos de valor, a menos que se depositen en dicha caja fuerte. Asumo toda la responsabilidad de cualquier dinero o propiedad en mi posesión/habitación o que me traigan mientras soy paciente en el Hospital.

FOTOGRAFÍA: Autorizo al médico tratante u otra persona (s) designada (s) a tomar fotografías con fines de identificación y partes apropiadas de mi cuerpo para proporcionar documentación de respaldo de mi condición médica. Entiendo que cualquier fotografía tomada se colocará y seguirá siendo parte de mi registro médico.

OTROS: ¿Ha cambiado su estado de seguro/Medicare/Medicaid desde su última visita? SI NO
¿La visita de hoy es el resultado de un accidente? SI NO
¿La visita de hoy resultará en un Reclamo de Compensación Laboral? SI NO

(PACIENTE HOSPITALIZADO SOLO PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS):
¿Tiene una directiva anticipada? SI NO
[ ] Testamento vital [ ] Poder de atención médica [ ] Poder Notarial Médico Duradero
Si la respuesta es NO, información por escrito sobre las directivas anticipadas SI NO NEGADO
¿Es usted donante de órganos? SI NO
Copia de "Derechos/Responsabilidades del Paciente" SI NO NEGADO NA
Copia de la póliza de "Acceso del Paciente a los Registros Médicos" SI NO NEGADO NA

RECONOZCO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO SU CONTENIDO Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL MISMO, ADEMÁS RECONOZCO QUE SOY EL PACIENTE, O LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL PACIENTE O DE OTRA MANERA, PARA FIRMAR ESTE ACUERDO, CONSENTIR Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

FECHA _____ HORA _____ FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA (relación con el paciente) _____

FECHA _____ HORA _____ FIRMA DE TESTIGO _____