



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN PARA BENEFICIOS DEL SEGURO, LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO FINANCIERO

Patient Label

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

La persona que suscribe da su consentimiento para recibir cualquier radiografía, análisis, procedimientos o exámenes médicos que me hagan según las instrucciones generales y específicas de mi médico o médicos. Reconozco que no me han dado ninguna garantía sobre el resultado del tratamiento / examen en el Centro Médico. Entiendo que cualquier evaluación hecha en el Centro de Pruebas antes del Ingreso (Preadmission Testing Center) no se debe considerar como reemplazo de las pruebas preventivas de detección precoz (es decir, el examen físico anual de rutina). Por el medio del presente indico que estoy de acuerdo y que otorgo mi consentimiento a que me internen en el Englewood Hospital and Medical Center si es apropiado. También doy mi consentimiento para que se lleve a cabo en mi sangre el análisis del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de otros patógenos transportados por la sangre en el caso de que cualquier persona del Englewood Hospital and Medical Center se vea expuesta accidentalmente a mi sangre o líquidos corporales o que mi médico crea que dichos análisis son indicados desde el punto de vista médico. Los resultados de dichos análisis me los harán saber a mí, se anotarán en mi expediente médico y se le notificarán al Departamento de Salud estatal según lo exige la ley.

2. LOS OBJETOS DE VALOR

El Centro Médico requiere que los pacientes no traigan medicamento u otros objetos de valor al Centro Médico. Por favor no traiga cantidades grandes de dinero con usted, al menos que se requieran depósitos por el servicio. Si es necesario el Centro Médico arreglará el cuidado seguro de los objetos de valor del paciente. Si los objetos de valor no son depositados en la caja fuerte del Centro Médico, el Centro Médico no puede asumir la responsabilidad por la pérdida de ellos.

3. LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por el presente se autoriza al Centro Médico a compartir mi expediente médico, en parte o completo, con la persona o personas responsables de las obligaciones económicas en que incurra como resultado de la hospitalización y de usar los datos de mi expediente médico para estudios de calidad, epidemiología y educación en los que no se hará pública ninguna información que me identifique. Entiendo que ocasionalmente mi atención o parte de mi atención puede ser fotografiada o grabada en video con propósitos educativos dentro y fuera del Centro Médico. En ningún momento de este proceso se revelará mi identidad (ni ninguna información que se vincule a mi identidad). La película o video real permanecerá siempre en la posesión física del Centro Médico o del médico y no se divulgará a ninguna otra persona, agencia o institución a menos que yo específicamente lo autorice. Doy mi consentimiento al uso de fotografía /videografía. Me reservo el derecho de cancelar mi permiso de filmación /video / publicación con la notificación apropiada. Cuando se reciba la cancelación de mi permiso, no me sacarán más imágenes.

4. ASIGNACIÓN PARA BENEFICIOS DEL SEGURO

En el evento el paciente tiene derecho a los beneficios del hospital y / o de médicos de cualquier tipo que salgan de cualquier póliza con cobertura de seguro del paciente o de cualquier otra persona responsable por el paciente, los beneficios dichos están por este medio asignados al Centro Médico y / o médicos para la solicitud a los recibos del paciente. En el evento de que la aseguradora niegue beneficios médicos, cobertura, o pago, un consentimiento por este medio es autorizado para permitir al Centro Médico y / o el médico que este dando el tratamiento para que apelen tales decisiones por parte del paciente.

5. BENEFICIOS DE MEDICARE (SI SON APLICABLES)

Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud para el pago bajo el Título XVIII del Acto del Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier persona que tenga información médica o de otro tipo acerca de mí para liberar a la Administración de Seguridad Social o a sus intermediarios o a sus portadores cualquier información necesitada para esto o para un reclamo de Medicare relacionado. Yo asigno los beneficios pagaderos por los servicios al Hospital y Centro Médico Englewood o el médico llevando a cabo los servicios, y yo autorizo al Hospital y Centro Médico Englewood o el médico para que manden un reclamo a Medicare para ser pagado.

6. MEDICAID (SI ES APLICABLE)

Yo certifico que los servicios cubiertos por este reclamo han sido recibidos y yo requiero que el pago por estos servicios sea hecho por mi parte. Yo asigno los beneficios pagaderos por servicios de hospital al Hospital y Centro Médico Englewood y servicios pagaderos por servicios del médico al médico que lleve a cabo los servicios. Yo autorizo al Hospital y Centro Médico Englewood o al médico que manden un reclamo a Medicaid para su pago en mi parte. Yo autorizo la liberación de mi información médica necesaria para el procesamiento de este reclamo de acuerdo a la política del programa.

7. ANESTESIOLOGÍA, PATOLOGÍA, CUARTO DE EMERGENCIA, RADIOLOGÍA, CARDIOLOGÍA Y OTRAS CONDICIONES Y ASIGNACIONES DE CARGO PROFESIONAL

En el evento el paciente tiene derecho a cualquier tipo de beneficios que se lleven a cabo de cualquier póliza de seguro que este cubriendo al paciente, los beneficios dichos son también por este medio asignados al Anestesiólogo, Patólogo, Médico del Cuarto de Emergencia, Radiólogo, Cardiólogo, y / o el médico apropiado. Yo entiendo que es la responsabilidad del paciente de obtener la información de su compañía de seguro para determinar si los médicos mencionados arriba están participando en el plan de seguro del paciente. La participación del Hospital y Centro Médico Englewood en cualquier plan de seguro no indica la participación de los médicos mencionados arriba. Yo entiendo que yo soy responsable por cualesquiera cargos no cubiertos por mi plan de seguro a los médicos arriba mencionados.

8. ACUERDO FINANCIERO

El suscrito está de acuerdo, ya sea que él o ella firme como el agente o paciente, que en consideración de los servicios suministrados al paciente, él o ella por este medio se obliga individualmente a pagar la cuenta del Centro Médico en concordancia con los precios y términos del Centro Médico. Yo entiendo que yo soy responsable con el Centro Médico por cualesquiera cargos facturados o no cubiertos a cualquier portador(es) de seguro, incluyendo cualesquiera cargos negados por el portador de seguro por que no hubo una certificación previa o referencia. La cuenta deberá de ser manejada para su cobro después del fallo a no pagarla, el suscrito está de acuerdo en pagar los costos de cobro, incluyendo cargos razonables de abogados. Todas las cuentas insolventes crean intereses a las tasas legales.

Yo he recibido el Paquete de Información del Paciente, el cual incluye la información de Asistencia del Cuidado del Hospital New Jersey y otra información pertinente del hospital y financiera.

El suscrito certifica que él o ella ha leído y entiende lo prescindiendo, recibiendo una copia de eso y como el paciente o agente del paciente, autorizó lo ejecutado arriba, acepta sus términos.

Firma del Paciente

Fecha/hora

Nombre en letra de molde del paciente

Firma de la persona autorizada a firmar por parte del paciente

Fecha/hora

Nombre en letra de molde de la persona autorizada

Testigo

Relación con el Paciente

Yo reconozco que he sido proveído con una copia de la Notificación de Privacidad del Hospital y Centro Médico Englewood.

Firma del Paciente

Fecha/hora:



EH

CONSENT FOR TREATMENT, ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

HBF INV#1462S REV. 2/25/11

TREAT