

## Reconocimiento y Consentimiento para tartar

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:** Consiento por la presente a la diagnosis, al examen, y al tratamiento en Stanly Medical Services ("SMS") y a la representación de tal cuidado, incluyendo servicios de emergencia, tratamiento quirúrgico y médico, por los miembros autorizados del personal médico de SMS o de sus designees, como juzgan necesarios en su juicio profesional. Entiendo el siguiente:

- ∞ Otros integrantes del personal de atención de la salud, como los estudiantes de diversos programas de capacitación relacionados con la salud, pueden participar en mi atención u observar procedimientos especiales;
- ∞ No se discriminará a ninguna persona ni se le negarán los beneficios de ninguno de estos servicios, programas o actividades de SHS en función de la raza, el color, la religión, el país de origen, el sexo, la edad, la discapacidad o la fuente de pago.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** SHS, los médicos con licencia y otros profesionales de atención de la salud involucrados en prestarme servicios en SHS están autorizados para usar y divulgar mi información médica (excepto las notas sobre psicoterapia) obtenida durante esta visita/inscripción a los fines de las actividades de tratamiento, pago y atención de la salud, según se establece en la Notificación conjunta de prácticas de privacidad de SHS y su personal médico. Comprendo que mi información médica puede incluir mi historia clínica o información relacionada con un primer diagnóstico o tratamiento para una enfermedad contagiosa (como enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, tuberculosis o hepatitis), enfermedad mental, abuso de alcohol o de sustancias. Esta información podrá divulgarse a:

- ∞ Compañías de seguro o de manejo de atención, Medicare, Medicaid, compensación de los trabajadores u otros pagadores que identifique como posiblemente responsables del pago de los servicios que han sido proporcionados;
- ∞ Médicos independientes o profesionales de la salud involucrados en mi atención;
- ∞ Personas o agencias involucradas en el procesamiento de solicitudes o la determinación de mi elegibilidad para los beneficios financieros;
- ∞ Cualquier persona o agencia de revisión externa involucrada en la revisión, autorización o procesamiento de mi elegibilidad para la cobertura del seguro de salud, pago de beneficios o cumplimiento con la facturación para los posibles pagadores que puedan ser identificados;
- ∞ Registros nacionales o regionales, u organizaciones de mejora de la calidad;
- ∞ Servicios de traslado de emergencia que me llevan a SHS o me traen desde allí;
- ∞ Personas, prácticas médicas, instalaciones o agencias a las que se me remita, que manifiesten a SHS que se me remitió a ellas para tratamiento, que sean contactadas en relación con la prestación de la atención adecuada para mí durante mi estadía o después de esta, o que ayuden con dicha prestación;
- ∞ Personas de mi hogar, otra ubicación designada o número que proporcione (incluido el número de teléfono, correo electrónico o correo) para que yo o quien me represente recibamos llamadas o mensajes en relación con recordatorios para citas, seguimiento o solicitudes de devolver llamadas;
- ∞ Familiares o personas que yo o mi representante podamos involucrar en mi atención;
- ∞ Agencias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.

**ACUERDO FINANCIERO:** Autorizo el pago y cedo incondicionalmente todos los beneficios de seguros directamente a SHS y a todos los médicos que tratan al paciente y de consulta, y las entidades que reciben la cesión de todos los beneficios hospitalarios y médicos aplicables, y de otro modo pagaderos a mí por los servicios prestados por SHS y dichos médicos y entidades. En los casos en que se apliquen los beneficios de Medicare o Medicaid, certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago en virtud del Título XVIII o del Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) es correcta, y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Autorizo el pago de todo reembolso que corresponda de todos los beneficios de seguro que se hayan pagado demás al pagador correspondiente de conformidad con las disposiciones de mi póliza de seguros en virtud de las cuales mis coberturas están sujetas a una cláusula de coordinación de beneficios. Si se me adeuda un reembolso, autorizo la aplicación inmediata de cualquier reembolso de esa naturaleza a cualquier suma que esté legalmente obligado a pagar en concepto de la atención y los servicios proporcionados por SHS. Si se requieren esfuerzos de cobro para obtener mi pago, acepto pagar los costos de dichos esfuerzos de cobro, incluidos los honorarios razonables por abogados. Comprendo que soy responsable financieramente y acepto pagar y garantizar el pago total de todos los cargos por los servicios que me proporcionaron SHS y médicos independientes u otros profesionales de atención de la salud que participaron en mi tratamiento en SHS, incluso si dicho tratamiento no está cubierto por el seguro. Autorizo a SHS y al Departamento de Servicios Sociales del Condado aplicable (p.ej., Stanly, Montgomery, Anson, etc.) a analizar la información sobre mí en caso de que yo solicite asistencia financiera, incluida Medicaid. He recibido el documento titulado "An Important Message from TRICARE" (Mensaje importante de TRICARE) o "An Important Message from Medicare" (Mensaje importante de Medicare) al momento de mi admisión.

**OBJETOS DE VALOR PERSONALES:** Por el presente, libero a SHS de toda responsabilidad por todo objeto de valor, dinero u otras posesiones personales que no estén identificados por mí y que SHS no haya aceptado guardar.

**Certifico que he tenido la oportunidad de leer o recibir una copia de la Notificación conjunta de prácticas de privacidad.**

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

*Si un representante firma por el paciente, coloque el nombre del representante en letra de imprenta y describa la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:*

*(Además, adjunte una copia de cualquier documentación que acredite la autoridad legal del representante, p. ej., designación como apoderado o tutor, orden de custodia del menor, etc.)*

Si es distinto del paciente/representante:

Nombre en letra de imprenta del asegurado/  
garante/responsable

Firma del asegurado/garante/responsable

Fecha

Nombre del testigo, en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha

### CONSENTIMIENTO OBTENIDO POR TELÉFONO

Nombre de la persona a la que se llamó en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Consentimiento otorgado:      Sí      No

Nombre en letra de imprenta y título de 2 testigos: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

rev. 6/10