

Consentimiento para atención y tratamiento médico: Doy mi consentimiento para toda la atención médica y quirúrgica, exámenes y pruebas que se consideren necesarios para mí mientras sea paciente en OhioHealth. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el tratamiento médico puede suponer riesgos, lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han dado garantías sobre los resultados de ningún tratamiento, procedimiento o exámenes que se me harán mientras sea paciente en OhioHealth.

Rechazo del tratamiento: Comprendo que, si rechazo el tratamiento que se sugiere para mí o no completo el protocolo de tratamiento que se me recomendó, no responsabilizaré a OhioHealth ni a ninguna otra persona por las consecuencias de haber rechazado el tratamiento o no haberlo completado.

Divulgación de información: Autorizo a OhioHealth a divulgar copias de la totalidad o parte de mis registros médicos obtenidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento a cualquier compañía de seguros, compañía de compensación de trabajadores, agencia de asistencia social o cualquier otra entidad que pueda proporcionar asistencia financiera para mi hospital, atención médica y/o enfermería. Entiendo que esta divulgación puede incluir información referente a las pruebas para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedad(es) relacionada(s) con el SIDA, enfermedad(es) psiquiátrica(s), y/o alcoholismo o abuso de drogas. También autorizo la divulgación de información médica para la revisión de uso y control de calidad a mis aseguradores o sus subcontratistas y según lo requieran las leyes municipales, estatales o federales. Autorizo a este centro a divulgar información médica a mi médico de cabecera, médico de referencia o cualquier otro proveedor directamente involucrado en mi atención médica.

Métodos de comunicación: Por este medio, doy mi autorización expresa a OhioHealth y a sus representantes para ponerse en contacto conmigo a cualquier número de teléfono (incluido mi teléfono celular) que haya dado al personal de OhioHealth, con fines jurídicos en relación a mi atención en OhioHealth y cualquier seguimiento o atención que se me brinde en el futuro, incluido el uso de sistemas de telefonía automática u otra tecnología asistida por computadoras. Este consentimiento está sujeto a anulación escrita por parte del paciente.

Cesión de beneficios/terceros pagadores: Con respecto a todos los servicios de atención médica que se nos brindaron o me brindarán a mí o al paciente indicado más abajo, por este medio, cedo a OhioHealth todos mis derechos, títulos e intereses sobre cualquier beneficio de terceros que se adeuden por toda y cualquier póliza de planes de beneficios de empleados y/o terceros responsables pagadores por un monto que no habrá de exceder los cargos habituales de OhioHealth por los servicios de atención médica que se prestaron. Autorizo dichos pagos de mis proveedores de seguros, terceros pagadores y cualquier otro tercero. Doy mi consentimiento para cualquier solicitud de revisión o apelación de parte de OhioHealth para impugnar una determinación de beneficios realizada por un tercero pagador, compañía de seguros o plan de beneficios para empleados. Salvo lo que requiera la ley, asumo la responsabilidad por determinar con antelación si los servicios que se me proporcionaron están o no cubiertos por mi seguro u otro tercero pagador.

Responsabilidad financiera: Sujeto a la ley vigente y los términos y las condiciones de cualquier contrato que apliquen entre OhioHealth y un tercero pagador y en consideración de todos los servicios de atención médica que se prestaron o se prestarán al paciente indicado más abajo, acepto asumir la responsabilidad económica y estoy obligado a pagar a OhioHealth por el total de sus cargos no cubiertos por la "Asignación de beneficios" hecha a continuación. Cualquier saldo adeudado por alguna hospitalización para la que haya acordado hacerme responsable desde el punto de vista económico deberá pagarse en el momento del alta del hospital. Todos los demás saldos deberán pagarse dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la recepción de un estado de cuenta. Comprendo que seré responsable por los costos de todos los servicios que se hayan proporcionado y que no califiquen para beneficios por Medicare, Medicaid, seguros u otros pagadores.

Declaración para permitir el pago de los beneficios médicos al proveedor y al (a los) médico(s): Certifico que la información que he dado para solicitar el pago bajo el TÍTULO XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y/o al Programa Medicare o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre directamente a OhioHealth y a los médicos y grupos que me proporcionan cuidado médico.

Información sobre el tabaco: No se permite el uso de tabaco de ningún tipo dentro o fuera de las instalaciones de OhioHealth del centro de Ohio. Se espera que todos los pacientes y visitantes cumplan con la política de OhioHealth de no usar tabaco.

Aviso de privacidad: Se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de OhioHealth en el transcurso del último año.

Artículos personales de valor: OhioHealth no se hace responsable por ningún artículo personal perdido, robado o dañado.

Declaración de no discriminación: OhioHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina en sus programas ni actividades de salud por motivos de raza, nacionalidad, etnia, religión, cultura, idioma, edad, discapacidad, nivel socioeconómico, sexo, orientación sexual ni identidad o expresión de género.

Únicamente para pacientes en el hospital:

- **Hospital docente:** Entiendo que esta instalación es un hospital de enseñanza y doy mi consentimiento para permitir que estudiantes de medicina, pasantes, residentes, becarios, enfermeras y otro personal de atención médica que asistan y/o participen con mi(s) médico(s) en el desempeño del diagnóstico, la evaluación procedimientos quirúrgicos que se me pueden realizar bajo la dirección y supervisión de mis médicos.
- **Información sobre precios:** Entiendo que tengo derecho a recibir información sobre los precios del hospital de acuerdo con el Código Revisado de Ohio, Sec. 3727.12.
- **Salud en el hogar, atención de pacientes terminales y equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME):** y entiendo que tengo la libertad de elegir el derecho de seleccionar mi proveedor de atención posterior al alta que pueda necesitar. Soy consciente de que, para mejorar la continuidad y calidad de la atención, el hospital generalmente usará HomeReach u otro afiliado de OhioHealth para la atención médica en el hogar, servicios de atención de pacientes terminales y DME después de mi alta a menos de que yo seleccione a un proveedor diferente. Comprendo que se me dará una lista de otras agencias de atención en el hogar disponibles con el paquete de hospitalización/registro y que, en cualquier momento, puedo solicitar a un planificador de alta otra copia de la lista o expresar mi preferencia por otro proveedor.
- **Derechos de los pacientes:** Se me entregó una copia de la información sobre los "Derechos de los pacientes". Este formulario se puede encontrar también en www.ohiohealth.com.
- **Directrices anticipadas:** He recibido una copia de la información de OhioHealth sobre Directrices Anticipadas. Este formulario se puede encontrar también en www.ohiohealth.com.
- Se me ha dado la oportunidad de no participar en el directorio del centro y se me brindó información adicional de acuerdo con mi solicitud.

Aceptación

Con mi firma a continuación, acepto que he leído y que comprendo este Consentimiento y Autorización y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir aclaraciones para que pueda comprender y aceptar este consentimiento y autorización por completo:

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

HORA

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE

FECHA

HORA

FIRMA DEL TESTIGO A FIRMA DEL REPRESENTANTE

FECHA

HORA



* 1 CNT *

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE