

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

1. CONSENTIMIENTO MÉDICO:

Por el presente, y a sabiendas de que tengo una afección que requiere de atención médica, acepto de manera voluntaria dicha atención que incluye procedimientos de diagnóstico de rutina y tratamiento médico provistos por mi médico, sus asistentes o las personas que él designe, que incluyen al personal del hospital o de la clínica, según a su criterio lo considere necesario. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ofrecen garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o los exámenes que se realicen en BeverlyCare. Este consentimiento está diseñado para abarcar todos los procedimientos en la clínica que no requieren de un formulario de consentimiento específico. **Iniciales** _____

2. AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

Por la presente, autorizo a BeverlyCare a proporcionar a la compañía de seguros o sus agentes información con respecto a mi tratamiento en curso en el hospital o la clínica, según la necesiten. Además, autorizo a BeverlyCare a proveer a mi compañía de seguros comunicados, informes u otros datos en forma verbal o escrita que hayan sido preparados por el personal de BeverlyCare con respecto a mi tratamiento actual. Asimismo, autorizo a BeverlyCare a solicitar o transferir información médica desde o hacia los proveedores o el centro de atención de la salud que continuará brindándome atención de la salud. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. **Iniciales** _____

3. CESIÓN DE BENEFICIOS:

Por la presente, autorizo, cedo y transfiero a BeverlyCare todos los derechos, beneficios y otros intereses relacionados con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago de la atención que recibo. Esta cesión incluirá la cesión y la autorización del pago directo a BeverlyCare de todos los beneficios de seguro y del plan de salud que sean pagaderos por estos servicios ambulatorios. Acepto que el pago de la compañía aseguradora o del plan a BeverlyCare, conforme a esta autorización, lo exime de sus obligaciones con respecto a dicho pago. Entiendo que soy responsable financieramente de los gastos que no se pagaron según esta cesión, en la medida en que la ley estatal y federal lo permitan. Acepto colaborar con BeverlyCare y adoptar todas las medidas que solicite de manera razonable para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión. **Iniciales** _____

4. CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que BeverlyCare hará todo lo posible por proteger la confidencialidad de mi historia clínica; no obstante, la clínica no será responsable por la divulgación de la historia clínica ni de alguna parte de dicho documento cuando responda de buena fe a un pedido aparentemente válido. Además, entiendo que puedo revisar y copiar mi historia clínica por mis propios medios y que esta revisión puede realizarse en el Departamento de Historias Clínicas durante el horario de atención habitual. **Iniciales** _____

5. CONSULTA MEDIANTE TELEMEDICINA:

La telemedicina implica el uso de audio, video u otros medios electrónicos para interactuar con usted, consultar a su proveedor de atención de la salud o revisar su información médica a los fines de diagnóstico, terapia, seguimiento o educación. Durante la consulta mediante telemedicina, es probable que se analicen detalles de su historia clínica e información personal sobre su salud con otros profesionales de la salud por medio de tecnología de video interactivo, audio y telecomunicaciones. Además, es posible que un médico lo examine y que se tomen fotografías, videos o se graben audios. **Iniciales** _____

6. CONSENTIMIENTO EDUCATIVO:

BeverlyCare es una institución que puede participar en la capacitación de médicos, estudiantes de medicina o enfermería y demás personal de atención de la salud. Acepto que pueden participar en mi atención, siempre que el personal médico o de la clínica lo consideren adecuado, y otorgo mi consentimiento para la demostración, observación y admisión de tratamientos o procedimientos por parte de dichas personas con la supervisión de los integrantes del personal médico o de la clínica. **Iniciales** _____

7. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES DE VIDEO:

Otorgo mi consentimiento para la obtención de fotografías, grabaciones de video o imágenes digitales o de otro tipo de mi afección o tratamiento médico, y el uso de las imágenes a los fines de mi diagnóstico o tratamiento, que incluye la revisión por parte de pares y educación, investigación médica o programas de capacitación realizados por BeverlyCare. Entiendo que podrán colocarse y utilizarse cámaras de video en áreas de uso común y espacios públicos dentro y fuera de las instalaciones del hospital por cuestiones de seguridad o protección, lo que incluye, entre otros, estacionamientos, áreas de espera, corredores, etc. **Iniciales** _____

8. OBLIGACIONES FINANCIERAS:

A pesar de lo que se indica en la sección (3), el representante no autorizado acepta pagar de inmediato todas las facturas médicas según los cargos que se enumeran en la descripción principal de cargos de la clínica y, si corresponde, las políticas de pago con descuento y atención de caridad de BeverlyCare y las leyes estatales y federales. Entiendo que puedo consultar la descripción principal de cargos de BeverlyCare antes (o después) de que reciba servicios de la clínica. Si el cobro de alguna cuenta se transfiere a un abogado o agencia de cobro, deberé pagar los honorarios del abogado y los gastos de cobro vigentes. Todas las cuentas en mora generarán intereses a la tasa legal, a menos que la ley lo prohíba. Según la ley de California, el

paciente puede solicitar descuento en la atención o atención de caridad si cumple con ciertos requisitos financieros de acuerdo con el nivel de pobreza federal, pago por cuenta propia o costos médicos elevados (por ejemplo, gastos anuales que paga de su bolsillo que superan el 10 % del ingreso familiar). Puedo solicitar una consulta con un asesor financiero para determinar si reúno los requisitos para asistencia financiera. **Iniciales** _____

9. AUTORIZACIÓN PARA INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS Y RECETA ELECTRÓNICA:
Actualmente, BeverlyCare participa en el sistema Surescripts, que permite la emisión electrónica de recetas de medicamentos y la recepción electrónica de beneficios en recetas y de los antecedentes farmacológicos, como recetas anteriores y dosis adquiridas en otras farmacias. Mediante su firma a continuación, autoriza la emisión electrónica de recetas y el acceso a su información en forma electrónica. La información recopilada se almacena en el sistema electrónico de historias clínicas (EMR, por sus siglas en inglés) y se convierte en parte de su historia clínica personal. Los antecedentes farmacológicos son muy importantes porque ayudan a los proveedores de atención de la salud a tratar los síntomas de manera adecuada y evitar posibles interacciones farmacológicas peligrosas. **Iniciales** _____

10. AUTORIZACIÓN O ACUSE DE RECIBO DE LLAMADAS AUTOMÁTICAS:
Por la presente, otorgo mi consentimiento para la recepción de mensajes telefónicos de texto, marcado automático o grabados previamente en mi teléfono celular, según lo he provisto yo o lo ha provisto mi representante, por parte de BeverlyCare, sus empresas afiliadas y sus agentes, que incluyen, entre otros, a cualquier cobrador de morosos externo. Reconozco que si mi teléfono celular es el único número provisto, o se indica en lugar de un número de teléfono particular o laboral, puedo recibir mensajes telefónicos de marcado automático o grabados previamente. **Iniciales** _____

11. DIRECTIVA ANTICIPADA:
Según la ley federal, los pacientes tienen derecho a recibir información sobre sus derechos para poder decidir sobre su tratamiento médico y adoptar "directivas de atención de la salud anticipadas". BeverlyCare proporciona información escrita a los pacientes sobre el derecho de tomar decisiones médicas. La ley de California permite a los pacientes designar a una persona para que tome decisiones de atención de la salud en su nombre cuando no puedan hacerlo, conforme a un poder para atención de la salud, o proporcionar instrucciones de atención de la salud individuales mediante la redacción de una directiva de atención de la salud anticipada. **Iniciales** _____

¿El representante del paciente puede responder? _____ No _____ Sí
¿El paciente tiene una directiva anticipada? _____ No _____ Sí; indicar ubicación _____
Si la respuesta es no, Folleto informativo sobre directivas anticipadas provisto por _____

Recibí el Anexo adicional específico de la institución:
_____ **HIPAA – Aviso de prácticas de privacidad** _____ **Derechos y responsabilidades del paciente**
_____ **Información sobre directivas anticipadas** _____ **Otra información:** _____

Acuerdo de responsabilidad financiera de una persona que no es el paciente ni el representante legal del paciente:
Acuerdo aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepto los términos de las obligaciones financieras y la cesión de beneficios de seguro o del plan de salud que se indican anteriormente.

Nombre en letra de imprenta del paciente o de la parte financieramente responsable

Firma

Relación con el paciente

Fecha/Hora

La persona que firma a continuación certifica que leyó todo lo anterior, recibió una copia de dicha información y es el paciente, el representante legal del paciente o una persona debidamente autorizada por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo antes expuesto y aceptar sus términos.

Nombre en letra de imprenta del paciente / Padre Tutor / Custodio Parte responsable

Firma

Relación con el paciente

Fecha/Hora

Nombre en letra de imprenta/Firma del testigo

Traductor: Leí en forma total y precisa el documento anterior a _____ (nombre del paciente o persona legalmente autorizada a otorgar el consentimiento) en _____, el idioma principal del paciente o del representante del paciente. Entendí todos los términos y las condiciones, y manifestó su acuerdo con lo expuesto mediante la firma de este documento ante mi presencia.

Nombre del traductor: _____ Firma: _____ Fecha/Hora: _____ / _____

SE ENTREGARÁ UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE FIRME EL DOCUMENTO.