

Consentimiento para tratamiento como paciente ambulatorio

Atención primaria, atención especializada y servicios complementarios

Lea este formulario. Si hay algo que no entiende, pregunte antes de firmar.

Tratamiento

- Autorizo a médicos, otros proveedores de atención médica y empleados de Children's Hospital and Health System, Inc. ("Children's") a evaluar y a tratar a mi hijo.
- El tratamiento puede incluir exámenes físicos, rayos X, análisis de laboratorio, la administración o prescripción de medicamentos, realizar u ordenar pruebas o procedimientos y otros tipos de atención médica, según se requiera.
- Tengo derecho a conversar sobre las opciones para la atención médica de mi hijo. Tendré la oportunidad de hacer preguntas.
- Children's podría examinar o deshacerse adecuadamente de cualquier tipo de muestra o tejido tomado del cuerpo de mi hijo.
- Entiendo que mi hijo podría irse a casa o a otro centro antes de que todos los problemas médicos sean conocidos o tratados. Entiendo que es posible que deba hacer las citas para los cuidados de seguimiento.
- Children's es responsable de las acciones de sus empleados. Muchos doctores y especialistas que trabajan en Children's no están empleados por Children's. Su empleador es responsable de sus acciones.
- Children's es una organización de enseñanza. Podría haber estudiantes involucrados en la atención de mi hijo.

Servicios de telemedicina

En caso de que se usen servicios de telemedicina, comprendo que entre los beneficios y los riesgos pueden encontrarse los siguientes:

Beneficios de la telemedicina

- Permite el acceso a servicios de atención médica sin que el paciente y el proveedor se encuentren en la misma ubicación física.
- Reduce las barreras que podrían evitar que los pacientes y los proveedores se reúnan personalmente.

Riesgos de la telemedicina

- Pueden ocurrir demoras en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallas de la tecnología o falta de acceso al expediente clínico completo.
- Es posible que las comunicaciones electrónicas no sean seguras, estén comprometidas o que otras personas puedan acceder a ellas. Usted se hace responsable de la seguridad de su tecnología (por ejemplo, computadora, teléfono celular y conexión a Internet).
- Si no está en un lugar privado durante el servicio de telemedicina, puede ocurrir que otras personas escuchen la conversación que usted o su hijo tienen con el proveedor.
- Los servicios de telemedicina se pueden suspender y pueden requerirse visitas en persona si la información que se obtiene mediante la consulta de telemedicina no es suficiente para tomar decisiones médicas o si por algún motivo decido cancelar el uso de telemedicina.
- Puede ser más difícil evaluar las amenazas y otras emergencias que en una consulta en persona. Si se interrumpe la sesión por algún motivo, como una falla técnica de la conexión, y usted tiene una emergencia, no vuelva a llamar a su proveedor, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Derechos y privacidad del paciente

- Tengo derechos como paciente y familiar. La información referente a los derechos y responsabilidades del paciente y la familia está publicada en Children's y en childrenswi.org. Puedo solicitar una copia.
- Tengo derecho a la privacidad. Las Prácticas de Privacidad están publicadas en Children's y en childrenswi.org. Puedo solicitar una copia. He revisado una copia o he decidido no leer la información referente a la privacidad.
- Children's puede tomar fotos o realizar grabaciones con fines de atención médica, capacitación, educación o seguridad.
- No puedo tomar fotos ni videos de otros pacientes ni del personal que está atendiendo a mi hijo.
- Es posible que los expedientes clínicos de mi hijo se compartan con proveedores de la salud, compañías de seguros y con Children's. Esto se hará para realizar tratamientos, pagos y operaciones de la atención médica.



Derechos y privacidad del paciente

- Children's no se hace responsable de mis artículos personales.

Acuerdo financiero

- Me comprometo a pagar todos los cargos que correspondan a mi atención médica y al tratamiento en Children's Hospital and Health Systems, Inc y en las instalaciones de cualquier otro proveedor (denominado "Centro").
- Comprendo que para la atención médica y el tratamiento se pueden necesitar análisis de laboratorio u otras pruebas que se encuentren bajo la supervisión de un proveedor independiente que puede facturar por separado.
- Comprendo y autorizo al Centro a presentar toda la documentación en mi nombre para obtener el pago para la cobertura de costos de atención médica en los que yo haya incurrido, incluidos los derechos del proveedor a apelar una decisión adversa del pagador.
- Por la presente cedo y transfiero irrevocablemente al Centro y a los proveedores y profesionales asociados con este, para que se aplique a mi facturación de servicios, todos mis derechos, beneficios y reclamaciones (lo que incluye pero no se limita a aquellas que surjan bajo ERISA), para el reembolso de acuerdo con cualquier plan o programa estatal o federal de atención médica (lo que incluye pero no se limita a Medicare y Medicaid), póliza de seguro, disposición de atención médica administrada, plan de beneficios autofinanciado u otro plan de beneficios u otra disposición hecha por terceros que cubra los costos de atención médica que pueda cubrir el costo de los servicios que se me hayan proporcionado (en forma colectiva, "Mi cobertura"). Esto incluye específicamente la presentación de apelaciones administrativas y de otro tipo y arbitrajes o litigios en nombre de mi persona o del Centro. También autorizo al Centro a contratar en mi nombre a un abogado de su elección para el cobro de las facturas del Centro.
- Puedo tener derechos de apelación como miembro. Comprendo que soy responsable de todas las apelaciones como miembro.
- Comprendo que si elijo que se me facture Mi cobertura, me hago responsable de asegurarme de que el o los servicios prestados estén cubiertos por Mi cobertura.
- Comprendo que es posible que Mi cobertura no pague esos servicios. Entre las razones que Mi cobertura podría dar para no pagar los servicios se incluyen, pero no se limitan a: falta de cobertura, necesidad médica, falta de autorización, servicios considerados experimentales y otras, según los límites de Mi cobertura. Comprendo que si Mi Cobertura se niega a pagar esos servicios, sin importar el motivo que diera para esa negativa, yo seré responsable del pago de esos servicios.
- No obstante lo mencionado anteriormente, me reservo y conservo todos y cada uno de los derechos que me corresponden por Mi cobertura (lo que incluye pero no se limita a aquellos que surjan de ERISA) en relación con los servicios que me proporcionen los proveedores que no sean el Centro.
- En caso de que mi cuenta incurra en mora, comprendo que, en tanto y en cuanto lo permitan las leyes federales o estatales correspondientes, el Centro podrá acceder a mi expediente crediticio, poner a mi cuenta en una agencia de cobros para futuras acciones de cobranzas (incluido el acceso a mi expediente crediticio) y puede imputar intereses a mi cuenta. Si resultan necesarios los servicios de agencias de cobros externos para recibir el pago de mi parte, me comprometo a pagar todos los costos de la agencia de cobros y de abogados, así como también los costos judiciales asociados a dichos esfuerzos de cobro.
- Una fotocopia de esta cesión tendrá la validez y la vigencia del original.

Qué significa esto

- Comprendo que la atención médica y el tratamiento pueden incluir análisis de laboratorio y pruebas indicadas por un proveedor que no sea empleado del Centro.
- El Centro enviará sus propias facturas. Convengo que todos los pagos de seguro se abonarán al Centro y a los proveedores. Lo que pague dependerá de mi seguro. Me hago responsable de los cargos que no estén cubiertos por el seguro.
- Doy permiso al Centro para facturar a mi seguro. Tengo que revisar con mi seguro para asegurarme de que estén cubiertas las pruebas y la atención médica.
- Si no pago mis facturas médicas, el Centro podrá tomar acciones para obtener el pago. El Centro podría acceder a mi crédito, enviar mi cuenta a una agencia de cobranzas y cobrarme interés.

Comunicación

- Es posible que Children's necesite comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para informarme sobre citas, tratamiento, facturación y cobros.
- Pueden comunicarse por medio de mensajes pregrabados y autollamadores.
- Doy mi permiso a ustedes, todos los agentes o agencias que se contraten en su nombre, para comunicarse conmigo a cualquiera de los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que proporcioné y comprendo que eso puede tener como consecuencia que se me cobren esas llamadas o uso de datos.

He leído esta información. Por la presente doy mi consentimiento informado para los servicios de acuerdo con los términos establecidos anteriormente. Estoy capacitado legalmente para dar consentimiento en nombre de mi hijo. Con la firma de este formulario, doy permiso para tratamientos y acepto los términos expresados anteriormente. Este consentimiento tiene validez de un año.

Firma: X _____
Paciente, padre, madre o tutor legal

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Consentimiento verbal: Sí _____
Relación con el paciente

Testigo de CHHS de la firma

Segundo testigo de CHHS (sólo para consentimiento verbal)