

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (Página 1 de 4)

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital, Inc.; Rex Physicians, LLC; High Point Regional Health; Regional Physicians LLC; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se les denomina «afiliados de UNC Health Care»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que se firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a la prestación de servicios o procesamiento de reclamaciones relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

Reconocimiento del Aviso de prácticas de privacidad

El *Aviso de prácticas de privacidad* una descripción completa de mis derechos de privacidad como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Al firmar a continuación, estoy declarando que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad de UNC Health Care*.

PACIENTE: _____ Aviso previamente recibido
(o representante autorizado)

Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y que nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Consentimiento para el uso y divulgación de información.

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal –para divulgar cualquier información (acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud) que pudiera ser necesaria para: (1) mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalaciones que necesiten la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); o (3) las operaciones de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo

Patient Label Here

(incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos). Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el Aviso de prácticas de privacidad de UNC Health Care.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:

Nombre del individuo: _____

Relación con el paciente: _____

Responsabilidad financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid

Yo he sido informado que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mi o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadera a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

Número de seguro social

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Número de teléfono celular

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y el uso de servicios de llamada automáticos.

Objetos personales

Yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

Patient Label Here

Lista de pacientes

Para conveniencia de los pacientes y visitantes, los afiliados de UNC Health Care pueden mantener una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente en sus instalaciones para que podamos proporcionar la siguiente información a las personas que preguntan por un paciente por su nombre: lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente. Si usted prefiere que quiten su información de esta lista, por favor ponga sus iniciales abajo.

_____ (*iniciales*) Yo no quiero que me incluyan en la lista de pacientes los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre.

Información religiosa

Puede que los afiliados de UNC Health Care proporcionen una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa. Si usted prefiere que quiten su información de esta lista, por favor ponga sus iniciales abajo.

_____ (*iniciales*) Yo no quiero que me incluyan en la lista que proporcionan al clero los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre. Yo entiendo que, aun así, aquellas personas que trabajan para los afiliados de UNC Health Care como capellanes pudieran obtener esta información.

Compartiendo información con los familiares o amistades

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares, amistades o representantes autorizados bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la información es necesaria para notificar a individuos sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte. Si usted prefiere que los afiliados de UNC Health Care no compartan esta información, por favor ponga sus iniciales abajo.

_____ (*iniciales*) Yo no quiero que la información personal de salud se comparta con los familiares, amistades o representantes.

YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.

YO AUTORIZO A LOA AFILIADOA DE UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

_____ FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

RELACIÓN, si no es el paciente: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____ HORA: _____

GARANTE: Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (CONTINUACIÓN) – PÁGINA 4 DE 5

Patient Label Here

_____ FECHA: _____ HORA: _____
FIRMA DEL GARANTE

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
TESTIGO: _____ FECHA: _____ HORA: _____

Patient Label Here

APÉNDICE A

Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

UNC Hospitals («UNCH»)

Estoy consciente de que los médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

Rex Hospital, Inc. («Rex»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas registradas certificadas, neonatólogos, patólogos, psiquiatras, radiólogos y oncólogos de radiación son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

High Point Regional Health («High Point Regional»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas registradas certificadas, patólogos, radiólogos, hospitalistas y oncólogos de radiación son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de High Point Regional Health de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de High Point Regional.

Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)

Yo Estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anesthesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, radiólogos, el grupo de anesthesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 10/3/2013