

AUTORIZACIONES/ACUERDOS/ASIGNACIONES DE SEGUROS

- 1. Consentimiento para Tratamiento:** Comprendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico que me atiende o personal designado, y es responsabilidad del Hospital Lawrence Memorial (LMH) y su personal el llevar a cabo las instrucciones de estos médicos, dentistas o demás profesionales relacionados con la salud. Doy mi consentimiento para que me realicen exámenes de rayos-X, procedimientos de laboratorio, anestesia, servicios médicos, quirúrgicos u hospitalarios, bajo las instrucciones generales y especiales de estos proveedores de salud u otros proveedores autorizados. Comprendo que algunos médicos suministran servicios, incluyendo, pero no limitándose a radiólogos, patólogos, anesthesiólogos y que los médicos de emergencia son profesionales independientes del hospital y cobrarán por sus propios servicios. Estoy de acuerdo en que cualquiera y todos los tejidos, órganos, o partes removidas podrían ser desechados de acuerdo con la práctica médica aceptada y podrían ser usados en forma sin identificación para propósitos científicos, educativos o de investigación. Entiendo y acepto en que se realicen las pruebas de sangre, orina, o contenidos gástricos y demás fluidos del cuerpo para detectar posible contenido de alcohol o drogas, cuando son realizados con propósitos médicos.
- 2. Consentimiento para Tratamiento de Emergencia:** Comprendo que si requiero servicios del Departamento de Emergencias, estos serán provistos por Lawrence Emergency Medical Associates (LEMA) y el Hospital Lawrence Memorial. Comprendo que seré revisado y tratado por médicos de LEMA, contratistas independientes del hospital LMH, o un médico privado. Comprendo que se me realizará una revisión médica de emergencia, sin importar mi capacidad de pago. Comprendo que algunos servicios de emergencias podrían no cumplir con los criterios del seguro de necesidad médica de emergencia, y podrían ser considerados sin-emergencia. Si los servicios son negados por el seguro, seré personalmente responsable de pagar los cargos que no cubran.
- 3. Derechos del Paciente:** El hospital LMH respeta el derecho del paciente de hacer sus propias decisiones relacionadas con su tratamiento, mientras el paciente está en el hospital/instalaciones. Un formulario separado llamado "Declaración de los derechos del paciente "Patient's Bill of Rights" enumera la información relativa a esos derechos. A lo largo del hospital/instalación hay anuncios al respecto y reconozco que se me ofreció una copia de este documento.
- 4. Instrucciones Anticipadas:** He sido informado respecto a mi derecho de formular Instrucciones Anticipadas (tales como Testamento vital o un Poder para cuidados de la Salud) y que el hospital LMH proveerá más información o ayudarme a completarlos si yo así lo requiero.
- 5. Nacimientos:** Si estoy aquí para el parto de mi bebé. Comprendo que determinadas pruebas, incluyendo pruebas de sangre, podrían ser recomendadas o requeridas conforme a las leyes estatales; y doy mi consentimiento para que el hospital LMH obtenga la muestra de sangre y que lo envíe al Laboratorio de Salud y Ambiente de Kansas, Departamento de Salud y Ambiente (PKU, T-4, galactosemia, hipotiroidismo congénito, hemoglobinopatías).
- 6. Programa de Enseñanza:** El hospital LMH es un sitio de entrenamiento clínico para estudiantes, incluyendo médicos residentes. Comprendo que estos estudiantes o médicos residentes podrían proveerme de cuidados bajo la dirección y supervisión del médico que me atiende, sus designados, u empleados del hospital, como sea adecuado al tipo de estudiante.
- 7. Bienes Personales:** Comprendo y estoy de acuerdo que el hospital LMH mantiene una caja de seguridad para guardar dinero y demás valores del paciente. Comprendo y estoy de acuerdo que todas las pertenencias personales, tales como dinero, dentaduras, anteojos, audífonos, ropas, etc. no colocados en la caja de seguridad, están a mi entera responsabilidad y el hospital LMH no será responsable por ninguna pérdida o daño resultante de tal propiedad personal. Esto incluye cualquier artículo traído al hospital por amigos o familiares posteriormente a mi admisión.
- 8. Política de No Fumar:** Consecuente con el estatuto KSA 21-4017, comprendo que la ley estatal no permite fumar en el hospital LMH, excepto en las áreas designadas en el exterior de los edificios del hospital.



- 9. Prueba de Sangre:** Doy el consentimiento para la prueba serológica, incluyendo Hepatitis B, C y HIV/SIDA, en caso de que se sospeche que mi sangre y/o fluidos de sangre hayan estado en contacto directo con cualquier trabajador de la salud, para determinar si mi sangre tiene virus contagiosos. Comprendo que la información obtenida de tales pruebas será revelada sólo cuando sea necesario para protegerme adecuadamente, la salud de mi familia, y la salud del personal de cuidados de salud que haya estado involucrado en mi cuidado y tratamiento.
- 10. Artículos/Substancias Ilegales o Peligrosas:** Reconozco y comprendo que no está permitida la posesión de drogas ilegales, armas, u otros artículos prohibidos en las instalaciones del hospital, tanto por pacientes como por los visitantes; y que tales sustancias serán confiscadas y enviadas al personal de la autoridad legal. También reconozco que mis artículos personales están sujetos a investigación mientras soy un paciente del hospital LMH por tales sustancias, y por lo presente consiento que tal búsqueda y la confiscación de cualquier sustancia que razonablemente se suponga que sea droga ilegal, arma u otra sustancia prohibida, y que tales sustancias serán enviadas al personal de la autoridad legal. También reconozco que otros artículos peligrosos podrían ser retirados de mi posesión para mi seguridad o la seguridad de los proveedores de cuidados médicos, si mi condición médica o psiquiátrica autoriza tal remoción. Fotos también se tomarán de lesiones o heridas para ayudar a proveedores de cuidados médicos en su tratamiento. Comprendo que mi foto será parte de mi historia clínica para identificación.
- 11. Fotografía Médica Científica:** Autorizo a tomar fotos/videos no identificables de procedimientos médicos quirúrgicos y tejidos para los mismos propósitos científicos, educativos o de investigación. No se le realizarán cargos al paciente por tales fotografías.
- 12. Fotografía para propósitos sin relación médica:** Fotografía/videos del paciente no son permitidos durante tratamientos/procedimiento sin consentimiento de proveedores de cuidados médicos
- 13. Liberación de Información/Proveedores Subsecuentes de Cuidado Médico:** El hospital LMH cumple con todas las leyes estatales y federales relativas a la protección al uso y divulgación de información protegida de salud (PHI, su sigla en inglés) por tratamiento, pago y operaciones de hospital. En el caso que un paciente sea transferido o derivado a otra institución, a otro médico/instalación/servicio durante el tiempo en que esté internado, el hospital LMH y todos los médicos que lo atienden o tratan están autorizados, y se les permite transferir todos los informes médicos del paciente para ser internado, a cualquier otro hospital o proveedor al cual el paciente podría estar derivado. Estoy de acuerdo que todos los informes concernientes a mi hospitalización quedan como propiedad del hospital LMH.
- 14. Compañías de Seguros:** LMH y nuestros afiliados proveerán la información médica y cualquier otra información de facturación a mis compañías de seguro, incluyendo la Compensación para Trabajadores, si se aplica; según como sea necesario para facturar y sustanciar mi estadía en el hospital, y el servicio que he recibido para poder obtener el pago del servicio provisto.
- 15. Acuerdo Financiero:** Autorizo a cada médico o profesional de la salud asociado, a facturar y cobrar sus servicios profesionales, en forma separada y apartada de las facturas y cobranzas del hospital, como sea adecuado bajo la dirección de mi médico. El Firmante comprende y está de acuerdo que el hospital LMH no es responsable en cobrar los seguros ni en resolver ningún seguro discutido u otro reclamo del tercero pagador para pagar al LMH todos los costos y cargos incurridos en conexión con la hospitalización del paciente. Se acuerda que si el pago completo no es realizado por el seguro u otros terceros pagadores, el firmante asume la responsabilidad de todos los cargos remanentes. Las cuentas no pagadas dentro de los 30 días del pago del seguro y la factura final podrían ser cargados con intereses a una tasa que no exceda el máximo permitido por la ley.



- 16. Asignación de Beneficios:** Por la presente asigno al hospital de Lawrence Memorial cualquier beneficio médico que surja de cualquier póliza del seguro, asegurando al paciente, o cualquier otra persona responsable por el cuidado del paciente. El beneficio será aplicado a cubrir los cargos del servicio prestado. Entiendo que sere responsable al hospital por cargos que este acuerdo no cubra. Estoy de acuerdo no revocar esta asignación sin aviso por escrito al hospital LMH y cualquier revocación tal intentada no será efectiva sin notificación de la compañía de seguros al hospital LMH. Una copia de esta asignación será tan válida como el original.
- 17. Declaración para permitir el pago de hospital y beneficio de seguro médico al hospital y médicos:** Certifico que la información que se brindó en la solicitud para el pago bajo la "SECCION XVIII" o "SECCION XIX" de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a liberar cualquier información necesaria par actuar sobre esta solicitud. Solicito el pago de beneficios autorizados a ser hechos en mi nombre.
- 18. TODOS LOS PACIENTES MEDICAID TITLE XIX:** Estoy en conocimiento que algunos o todos los servicios recibidos podrían ser considerados co-pagos, a cargo del paciente o no emergentes, y por lo tanto no cubiertos por Medicaid. En el caso que estos servicios sean no cubiertos, estaré de acuerdo de ser responsable por el pago de servicios al hospital y/o aquellos médicos y especialistas del hospital que hacen sus propias facturas.
- 19. Directivos de No Resucitar (DNR) para pacientes ambulatorios:** Se entiende que los empleados del hospital LMH respondan y proporcionara tratamientos de reanimación a todos los pacientes que estén recibiendo exámenes/tratamientos ambulatorios. Una orden directa de su médico será necesaria para eximir pacientes ambulatorios de esfuerzos de reanimación. Esta orden debe ser renovada para todas las visitas posteriores.
- 20. Vacunas:** Entiendo que las vacunas pueden ser recomendadas por CMS (Medicare) y se incluyen como parte de mi plan de atención por el médico (s) que me atienda(n).
- 21. Sus derechos con respecto a la Tecnología de la Información de la Salud Electrónica :**
- a) El Hospital de Lawrence Memorial participa en Tecnología de la Información de la Salud electrónica o HIT. Esta tecnología permite a un proveedor o un plan de salud para hacer una petición distinta de una organización a través de la información de salud o HIO para obtener los registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes HIT para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Los participantes de HIO están obligados a utilizar las salvaguardias adecuadas para prevenir usos y divulgaciones sin autorización.
- Usted tiene dos opciones con respecto al HIT. En primer lugar, puede permitir que las personas autorizadas para acceder a su información de salud electrónica a través de un HIO. Si elige esta opción, usted no tiene que hacer nada.
- En segundo lugar, es posible restringir el acceso a toda su información a través de un HIO (excepto cuando sea requerido por la ley). Si desea restringir el acceso, deberá presentar la información requerida, ya sea en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando por correo un formulario. Este formulario está disponible en <http://www.KanHIT.org> . No se puede restringir el acceso sólo a cierta información; su opción es permitir o restringir el acceso a toda su información.
- Si usted tiene preguntas acerca de HIT o HIO, visite <http://www.KanHIT.org> para obtener información adicional.
- Si usted recibe servicios de atención médica en un estado que no sea de Kansas , se pueden aplicar diferentes normas relativas a las restricciones al acceso a su información de salud electrónica. Por favor comuníquese directamente con su proveedor de atención médica fuera del estado con respecto a esas reglas.



- b) **Aviso del Registro de Inmunización del estado de Kansas.** Registro de cualquier vacuna proporcionada por el hospital de Lawrence Memorial se incluirá en el Registro de Vacunación del estado de Kansas. La inclusión de sus datos de vacunación en el registro estatal no se requiere con el fin de recibir la vacuna. En orden de optar fuera de la presentación de datos a este Registro, debe notificar a el Oficial de Privacidad del hospital LMH al 785/505-3159 antes de la administración con respecto a esta preferencia. Esta decisión no tendrá impacto en su tratamiento o el pago por el servicio en cualquier tipo de facilidad del hospital LMH.

EL FIRMANTE CERTIFICA QUE LEYO LO PRECEDENTE, RECIBIO UNA COPIA SI LA HUBO REQUERIDO; Y EL MISMO ES EL PACIENTE, EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE, O ESTA DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL AGENTE GENERAL DEL PACIENTE PARA EJECUTAR LO ANTERIOR Y ACEPTAR SUS TERMINOS.

Firma del Paciente

Esposo, Agente o Representante del Paciente

Testigo

Fecha

Hora

Relación con el Paciente

El Paciente no puede firmar porque _____

CONSENTIMIENTO TELEFONICO:

Persona que da el consentimiento

Relación con el Paciente

Fecha

Hora

Dirección

Nro de Teléfono

Testigo

Testigo

Contabilidad de Pacientes se encuentra disponible para responder sus preguntas de 8:30 A.M. a 4:30 P.M. Lunes a Viernes. Por favor llame al 785-505-2922 o si tiene alguna pregunta, pase al área de servicios al cliente, en la recepción principal.



