

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

## AUTORIZACIONES/ACUERDOS/ASIGNACIONES DEL SEGURO

Como paciente de The Lawrence Memorial Hospital, razón social LMH Health ("LMH"), yo, mi agente, representante personal o tutor legal ("Yo") estoy de acuerdo:

- Consentimiento para tratamiento:** Estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi médico responsable o designado y es responsabilidad de LMH y su personal llevar a cabo las instrucciones de estos médicos, dentistas u otros profesionales de la salud aliados. Doy mi consentimiento para estudios radiológicos, procedimientos de laboratorio, anestesia, servicios médicos o quirúrgicos u hospitalarios prestados a mí bajo las instrucciones generales y especiales de estos proveedores de salud u otros proveedores autorizados. Estoy de acuerdo en que todos y cada uno de los tejidos, órganos o partes extirpadas pueden desecharse de acuerdo con la práctica médica aceptada y pueden utilizarse de manera no identificable con fines científicos, educativos o de investigación. Entiendo y doy mi consentimiento para que se realicen análisis de sangre, orina o contenido gástrico y otros líquidos corporales para determinar el contenido de alcohol o drogas cuando se llevan a cabo con fines médicos.
- Tratamiento de emergencia:** Si requiero servicios médicos de emergencia del Departamento de Emergencia, estos servicios se brindarán sin importar mi capacidad de pago. Si estos servicios no los cubre el seguro, seré personalmente responsable de los cargos sin cobertura.
- Derechos del paciente:** Tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a mi tratamiento mientras sea paciente de LMH. Un formulario separado titulado "Declaración de Derechos del Paciente" indica información sobre mis derechos como paciente. Estos se anuncian en todo el LMH y me han ofrecido una copia.
- Voluntades Anticipadas:** Tengo derecho a formular mis voluntades anticipadas (como un Testamento Vital o un Poder de Representación Permanente para la Atención Médica) y LMH proporcionará más información o ayuda para completarlas cuando lo solicite. Entiendo que soy responsable de informar a mi equipo de atención en LMH de cualquier Voluntad Anticipada u Orden de No Reanimar previamente firmada para que estos documentos se incorporen a mi expediente médico.
- Recién nacidos:** Si estoy aquí con el propósito de dar a luz a mi bebé, entiendo que ciertas pruebas, incluyendo análisis de sangre, pueden ser recomendadas o exigidas por la ley estatal, y doy mi consentimiento para que LMH obtenga la muestra de sangre y la envíe a Laboratorio de Salud y Ambiente de Kansas, Departamento de Salud y Ambiente (PHU, T-4, galactosemia, hipotiroidismo congénito, hemoglobinopatías).
- Vacunas:** Entiendo que CMS (Medicare) puede recomendar vacunas y estar incluidas como parte de mi plan de atención por parte del médico(s) responsable(s).
- Programa de enseñanza:** LMH es un lugar de capacitación clínica para estudiantes, incluyendo médicos residentes. Entiendo que estos estudiantes o médicos residentes pueden brindarme atención bajo la dirección y supervisión de un médico responsable, las personas que él/ella designen o empleados del hospital, según corresponda al tipo de estudiante.
- Pertenencias personales:** LMH mantiene una caja fuerte para guardar objetos de valor del paciente y recomienda que yo coloque los objetos de valor en la caja de seguridad durante mi estadía en el hospital. Todas las pertenencias personales que no se coloquen en la caja fuerte son mi exclusiva responsabilidad y LMH no se hará responsable de ninguna pérdida o daño que resulte a dicha propiedad personal.
- Contrabando:** Para mi seguridad y la seguridad de otros, la posesión de drogas ilegales, armas, contrabando, alcohol u otros artículos peligrosos no está permitida en las instalaciones de LMH por parte de pacientes o visitantes, y dichos artículos serán confiscados y entregados al personal de seguridad pública. Entiendo que mi persona y mi propiedad personal están sujetas a registros mientras sea paciente de LMH para buscar dichos artículos, y si se encuentra alguno de los artículos anteriores, LMH los desechará según corresponda, incluyendo la entrega de cualquier artículo(s) al personal de seguridad pública.
- Instalaciones donde está prohibido fumar:** No fumaré ni vaporizaré (cigarrillos electrónicos) en ningún campus de LMH.
- Análisis de sangre:** Doy mi consentimiento para realizar pruebas serológicas, incluyendo hepatitis B, C y VIH, en caso de que se sospeche que mi sangre y/o líquidos corporales han estado en contacto directo con cualquier trabajador(es) de atención médica, para determinar si mi sangre/líquidos tiene virus contagiosos. Entiendo que la información obtenida de tales pruebas se divulgará solo en la medida necesaria para protegerme adecuadamente, proteger la salud de mi familia y la salud de los trabajador(es) de atención médica que están o pueden estar involucrado en mi cuidado y tratamiento.
- Fotografía médica:** LMH puede tomar videos o fotografías de mi persona durante la prestación de servicios médicos. Entiendo que los videos o fotografías pueden incorporarse a mi expediente médico a la discreción de mi médico. En la medida en que estas fotografías me identifiquen, estarán sujetas al Aviso de las Prácticas de Privacidad.



Consentimiento para el Tratamiento

8120-0002 cons08

Orig: 8/2004 Rev: 10/2019

Página 1 de 2

The Lawrence Memorial Hospital DBA



325 Maine Street, Lawrence, KS 66044

Etiqueta del Paciente

13. **Fotografía para fines no clínicos:** No se permite la fotografía o grabación de video de pacientes o visitantes durante ningún procedimiento o tratamiento, a menos que el proveedor lo autorice específicamente.
14. **Asignación:** Por la presente nombro y designo a LMH como mi representante debidamente autorizado y asigno todos los derechos y beneficios del plan que tengo como beneficiario en virtud del Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social, un plan de beneficios en virtud de la Ley de Seguridad de Ingreso de Jubilación de Empleados (ERISA) u otro plan de salud grupal, un plan de seguro médico, cobertura de compensación laboral u otra cobertura de seguro de terceros correspondiente a los servicios médicos que recibo en LMH (colectivamente "Cobertura Médica"). Esta asignación incluye, entre otros, una designación de que LMH puede actuar en mi nombre como mi representante para la presentación de reclamos por servicios, recibo de pago y la afirmación de derechos de apelación o revisión judicial. LMH puede "ponerse en mi lugar" tal como se entiende esa frase según la ley de asignación. LMH está autorizado a recibir el pago directo de los beneficios médicos que se me deben en virtud de mi Cobertura Médica. Certifico que cualquier información que proporcione a LMH con respecto a mi Cobertura Médica es correcta y proporcionaré a LMH información actualizada con respecto a mi Cobertura Médica en caso de un cambio. Una copia de esta asignación será tan válida como el original.
15. **Arreglo financiero:** Soy financieramente responsable ante LMH por los copagos, deducibles y otros cargos que mi Cobertura Médica no cubra. Entiendo y acepto que LMH no está obligado a realizar cobros a Coberturas Médicas que LMH no contrata ni a resolver ningún reclamo disputado o denegado. Pagaré a LMH todos los costos y cargos incurridos con mi hospitalización. Se acuerda que si mi Cobertura Médica no realiza el pago completo, yo asumo la responsabilidad de todos los cargos restantes. Las cuentas que no se paguen en un plazo de 30 días posteriores al pago de la Cobertura Médica, y la factura final, pueden cobrar intereses a una tasa que no exceda el máximo permitido por la ley.
16. **Facturación a otros proveedores:** Los servicios que me brindan en LMH pueden incluir servicios de médicos y otros proveedores de atención médica ("Otros proveedores") que no son empleados de LMH. Estos Otros Proveedores facturarán por separado los servicios que me brindan y soy responsable de coordinar cualquier pago directamente con el Otro Proveedor.
17. **Consentimiento del paciente de llamador automático:** Entiendo y doy mi consentimiento para que LMH y otras organizaciones que trabajan en nombre de LMH utilicen la tecnología de llamador automático como medio para contactarme por teléfono o teléfono móvil.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO LO ANTERIOR, RECIBIÓ UNA COPIA SI LA SOLICITÓ, Y ES EL PACIENTE, EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE, O ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL PACIENTE PARA FIRMAR LO ANTERIOR Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Cónyuge, agente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Motivo por el que el paciente no puede firmar: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO:** \_\_\_\_\_  
*Persona que da el consentimiento* *Relación con el paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Testigo*

Información del intérprete: \_\_\_\_\_

Contabilidad de Pacientes está disponible para responder sus preguntas de las 8:30 a. m. a las 4:30 p. m. de lunes a viernes. Si tiene alguna pregunta, llame al 785-505-5775 o pase por el área de servicio al cliente en el lobby principal.