

CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y ADMISIONES

Nombre del paciente	Médico tratante
Fecha de nacimiento del paciente	Clínica
Número de paciente	Fecha

Consentimiento para atención y tratamiento hospitalarios: *Me presento para recibir servicios de emergencia, servicios ambulatorios o para que me ingresen al hospital, y doy voluntariamente mi consentimiento para recibir dicha atención, incluidas las pruebas de diagnóstico y el tratamiento psicológico y médico proporcionados por agentes y empleados autorizados del hospital y su personal médico, o por las personas que estos designen, según se considere necesario o beneficioso para mi bienestar.*

Reconozco y entiendo que muchos de los médicos del personal de este hospital, incluidos los médicos tratantes mencionados anteriormente, radiólogos, anestesiólogos, patólogos y médicos de emergencia, pueden no ser empleados de este hospital, sino contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de usar las instalaciones del hospital para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Estoy de acuerdo en aceptar su atención aunque no sean empleados del hospital. Entiendo que el examen y el tratamiento que recibo de urgencia no pretenden sustituir la atención médica completa.

Consentimiento para divulgar información: *Por la presente, autorizo al hospital a divulgar a las compañías de seguros, incluidas las aseguradoras de compensación para trabajadores, o a otras partes que puedan ser responsables del pago total o parcial de los cargos hospitalarios, la totalidad o parte de mi expediente médico, según sea necesario, incluida la información relacionada con el tratamiento por abuso o dependencia del alcohol o las drogas, con el fin de determinar el derecho a recibir beneficios y tramitar las reclamaciones de pago por los servicios de atención médica proporcionados. La información divulgada puede indicar la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas que pueden incluir, entre otras, enfermedades como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El centro está autorizado a divulgar la totalidad o parte del expediente médico del paciente según lo establecido en su Aviso de prácticas de privacidad, a menos que el paciente se oponga por escrito. Al firmar este formulario, usted autoriza dichas divulgaciones.*

Consentimiento especial para pruebas de VIH: *El que suscribe consiente específicamente que se realicen pruebas en la sangre del paciente para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o hepatitis, si el médico tratante del paciente determina que dichas pruebas son necesarias (1) para establecer los procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento adecuados para el paciente, o (2) para la protección del médico tratante y/o de cualquier empleado del centro que haya estado expuesto a los fluidos corporales del paciente de una manera que pudiera transmitir dicha enfermedad. Al que suscribe se le ha informado acerca de la naturaleza del análisis de sangre, su beneficio esperado y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del análisis de sangre.*

Consentimiento para llamadas telefónicas inalámbricas: *entiendo que autorizo al Hospital y a todos los proveedores clínicos que me hayan brindado atención o interpretado mis exámenes, junto con cualquier servicio de facturación y su agencia de cobranza o abogado que pueda actuar en su representación, a contactarme a mi teléfono celular y/o teléfono de casa mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos de marcación automática u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto o cualquier otra forma de comunicación electrónica.*

Consentimiento para el uso de video en vivo (telesalud): *entiendo que mi proveedor de atención médica puede compartir mi información médica con el fin de mejorar la atención al paciente mediante aplicaciones de video y tecnologías de videoconferencia estándar. Entiendo que, debido a la naturaleza de las comunicaciones electrónicas, existe el riesgo de que terceros no autorizados puedan interceptar, acceder o comprometer los datos.*

Consentimiento para la destrucción de registros: *autorizo a Lackey Memorial Hospital a destruir mis expedientes médicos y demás información médica de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables en materia de privacidad y seguridad (incluida la HIPAA), una vez que haya transcurrido el periodo de retención obligatorio.*



CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y ADMISIONES

Consentimiento para fotografías médicas: entiendo que autorizo al hospital y a todos los proveedores clínicos el uso de fotografías médicas en relación con los servicios médicos recibidos para tratamiento médico.

Consentimiento para el uso de inteligencia artificial (IA): para brindarle la mejor atención, podemos utilizar herramientas de documentación asistidas por IA. Se puede utilizar un asistente de transcripción con IA para grabar y transcribir las conversaciones con el fin de ayudar a elaborar su expediente médico. El proveedor revisa la precisión de todas las notas generadas por IA antes de finalizarlas. Sus datos permanecen seguros y confidenciales. La participación es voluntaria y puede solicitar que se deje de usar esta tecnología en cualquier momento sin que esto afecte la calidad de su atención.

Efectos personales y objetos de valor: entiendo que el hospital no será responsable por la pérdida o daño de ningún efecto personal o valor (dinero, joyas, anteojos, dentaduras postizas, dispositivos electrónicos personales como teléfonos celulares/tabletas, documentos, ropa, etc.).

Ley de Reclamaciones por Fraude: toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación o declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podrá estar sujeta a acciones penales conforme a las leyes federales y estatales aplicables.

Ley de Autodeterminación del Paciente: si voy a ingresar al hospital, me han ofrecido materiales por escrito sobre mi derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico. Me informaron mis derechos a formular directivas anticipadas. Entiendo que no estoy obligado a tener una directiva anticipada para recibir tratamiento médico en este hospital. Entiendo que el hospital y los cuidadores cumplirán con los términos de cualquier directiva anticipada que haya firmado en la medida en que lo permita la ley.

Autorización de certificación de Medicare: certifico que la información que brindé al solicitar un pago conforme al Título XVIII y/o al Título XIX de la Ley de Servicio Social es correcta. Autorizo a cualquier persona o entidad que tenga en su poder información médica o de otro tipo sobre mí a proporcionar a la Administración del Seguro Social, o a sus intermediarios o aseguradoras, cualquier información necesaria para esta reclamación de Medicare o para cualquier reclamación relacionada. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre al hospital o al médico que acepte la cesión.

Cesión del seguro: por la presente, cedo al hospital y a los médicos que participen en mi atención durante este periodo de enfermedad o tratamiento (en adelante, los médicos) el derecho a recibir los beneficios correspondientes, y los autorizo a tomar, sin limitación, todas las medidas necesarias para garantizar que cualquier beneficio del seguro que, de otro modo, sería pagadero a mí o a mi patrimonio, se pague directamente al hospital o a los médicos. Esta cesión o beneficios del seguro incluyen, entre otros, la facturación del seguro, presentación de peticiones, presentación de una demanda en mi nombre, en nombre del hospital o de los médicos, presentación de pruebas de reclamación, presentación de reclamaciones testamentarias y presentación de quejas y todos los demás procedimientos similares, según se otorguen ocasionalmente ante el Departamento de Seguros del Estado. También acepto proporcionar y firmar cualquier otro documento que pueda ser razonablemente necesario para lograr cualquiera de los otros propósitos.

Declaración de Responsabilidad Financiera: entiendo que soy financiera y legalmente responsable de los cargos no cubiertos en su totalidad por cualquier tercero. Además, acepto que, si no pago el saldo dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del alta, mi cuenta se considerará morosa. Acepto pagar el costo de cobranza, incluidos los honorarios y costos razonables de abogados, honorarios y costos de la agencia de cobranzas e intereses que se acumularán a la tasa máxima permitida por la ley.

Acerca de su factura: entiendo que recibiré una factura del hospital por la prestación de los servicios hospitalarios, incluido el personal y equipo, y por los suministros o medicamentos utilizados. También recibiré una factura de cualquier médico que me brinde atención profesional. Por ejemplo, es posible que reciba una factura por separado de uno o más de los siguientes tipos de médicos que me presten servicios: mi médico tratante o de cabecera, médico de urgencias, radiólogo, anestesiólogo, patólogo o cualquier otro especialista.

Escriba sus iniciales aquí _____

Autorización para actuar como representante del paciente en asuntos relacionados con el seguro

Por la presente, autorizo a Lackey Memorial Hospital y a sus representantes designados a actuar en mi nombre como mi representante autorizado ante mis planes de seguro de salud, incluido Medicaid de Mississippi y las organizaciones de atención administrada de MississippiCAN.



CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y ADMISIONES

Esta autorización incluye, entre otras, la autoridad para:

- Solicitar, presentar y discutir autorizaciones previas.
- Recibir información relacionada con la determinación de beneficios.
- Presentar, tramitar y recibir determinaciones sobre apelaciones, quejas y reconsideraciones de reclamaciones denegadas o autorizaciones previas.
- Comunicarse con las agencias estatales, las organizaciones de atención administrada, las entidades de gestión de uso y cualquier contratista asociado con respecto a mi atención y cobertura.

Entiendo que esta autorización aplica tanto si los servicios son aprobados como si son denegados, y permanece vigente durante la duración de los servicios prestados para este episodio de atención, a menos que yo la revoque por escrito.

Reconozco que no estoy cediendo una responsabilidad financiera más allá de lo que se describe en este acuerdo, y que esta autorización no renuncia a ninguno de mis derechos como beneficiario de Medicaid.

Iniciales del paciente: _____

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad: en el Aviso de Prácticas de Privacidad se resume una descripción de cómo se utilizará y divulgará su información médica. Se publicará en el centro una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad del centro y se le proporcionará una copia. Al firmar a continuación, reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del centro.

SELECCIONE UNO _____

NO ESTOY DE ACUERDO _____

ESTOY DE ACUERDO _____

Directivas anticipadas para pacientes

Escriba sus iniciales en la siguiente línea que corresponda

He firmado un documento de Directivas Anticipadas y proporcionaré una copia para mis registros médicos _____

No he firmado un documento de Directivas Anticipadas y no deseo hacerlo en este momento _____

Deseo completar un documento de Directivas Anticipadas durante esta hospitalización _____

Certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas en este formulario

Firma del paciente _____ Fecha _____ Hora _____

Tutor legal: _____ Fecha _____ Hora _____

Relación con el paciente _____

El paciente es menor de _____ años o no puede dar su consentimiento por lo siguiente:

Testigo: _____ Fecha _____ Hora _____