

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Dónde y cuándo se aplica este consentimiento

Entiendo que este consentimiento cubre la atención y el tratamiento que recibirá en los hospitales Memorial Health (“Memorial”), ya sea en persona o por telesalud.

Los hospitales Memorial Health incluyen a Decatur Memorial Hospital, Jacksonville Memorial Hospital, Lincoln Memorial Hospital, Springfield Memorial Hospital y Taylorville Memorial Hospital. Este consentimiento cubrirá todo tipo de procesamiento de servicios y reclamos para la atención en dichos hospitales.

Consentimiento para el tratamiento

Otorgo mi consentimiento para recibir tratamiento y cuidado para mí mismo o como tutor legal del paciente en cuestión.

Entiendo que la atención y el tratamiento pueden incluir cualquiera de los siguientes servicios.

- Tratamiento o servicios de emergencia.
- Pruebas de laboratorio.
- Servicios de imágenes.
- Tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Servicios hospitalarios o de anestesia.
- Fotografías, videos y otras grabaciones.
- Otros tratamientos médicos de rutina y procedimientos de diagnóstico o técnicos que, según el criterio del proveedor de Memorial, puedan considerarse necesarios o aconsejables para el diagnóstico, el tratamiento, las operaciones o los pagos de atención médica de Memorial.

Entiendo que mi atención puede incluir una prueba de VIH.

Si deseo rechazar la prueba, debo informar a mi profesional de atención médica. Si me niego a hacerme la prueba del VIH, seguiré recibiendo los otros servicios que necesito y que son adecuados para mí.

Entiendo que el tratamiento y la atención en Memorial pueden provenir de personas en programas de capacitación.

Estas personas pueden ser médicos residentes, estudiantes de medicina y otros estudiantes de atención médica. Están recibiendo capacitación y están autorizados para brindar atención médica. Pueden entrevistarme, examinarme u observarme. También pueden hacerme pruebas de diagnóstico o procedimientos de curación. Harán todo esto con la supervisión de médicos expertos. Autorizo el uso de mi historial médico, incluidas, entre otros, las radiografías y fotografías, con fines educativos y de investigación.

Entiendo que se me pedirá que firme otro consentimiento para cualquier procedimiento que pueda tener riesgos sustanciales. Entiendo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas.

Acepto que nadie me ha dado garantías sobre los resultados de los servicios que recibiré. Esto incluye los resultados de todo diagnóstico, tratamiento, cirugía, prueba o examen que se haya realizado.

Acepto brindar toda la información que se me solicite según mi leal saber y entender.

Esto incluye información financiera, familiar y de antecedentes médicos. También confirmo que la información que ya he brindado es verdadera, correcta y está completa.

Comprendo que la telesalud es la práctica en la que se proveen servicios de salud clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un paciente que están ubicados en dos lugares distintos.

Comprendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociadas específicamente con la telesalud, lo que incluye, pero no se limita a, la interrupción de la transmisión debido a fallas tecnológicas. Comprendo que no habrá grabación alguna de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Comprendo que se puede determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y que se requiere un nivel de atención más alto.

Sé que puedo negarme a dar mi consentimiento para cualquier procedimiento o tratamiento, en la medida que la ley lo permita.

Esto incluye a todos los procedimientos médicos o quirúrgicos u otro tipo de tratamientos. Tenga en cuenta que hay situaciones, que incluyen el tratamiento de salud mental, en las que puede que sea tratado y se le prohíba salir del hospital, incluso si se niega.

Como testigo de Jehová con firmes convicciones religiosas, certifico mi petición de que no se me administren derivados de sangre durante esta hospitalización.

Derechos y responsabilidades del paciente

He leído la política de Memorial sobre los derechos y responsabilidades del paciente.

Entiendo que Memorial brinda servicios a todas las personas sin distinción de raza, color, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad, religión, orientación o preferencia sexual, estado civil, situación de paternidad, estado de veterano, derecho a beneficios ni actividades sindicales, o cualquier otra situación protegida por cualquier ley local, estatal o federal.

Entiendo que mis efectos personales son mi responsabilidad.

Esto incluye mis anteojos, audífonos, dentaduras postizas, joyas, efectivo, tarjetas de crédito, dispositivos electrónicos personales y todos los demás objetos de valor. Por la presente, libero a Memorial de toda responsabilidad y obligación respecto a esos objetos de valor y propiedad personal.

Cuando la atención incluye proveedores fuera de la red

De acuerdo con la Ley de Facturación Justa para el Paciente (Fair Patient Billing Act):

- Entiendo que puedo recibir facturas separadas por los servicios de los proveedores de atención médica que están relacionados con Memorial.
- Es posible que algunos miembros del personal del hospital no formen parte del mismo plan de seguro y red que Memorial.
- Es posible que tenga una mayor carga financiera por los servicios prestados por proveedores de Memorial que no forman parte de mi plan de seguro.
- Si tengo preguntas sobre los beneficios y la cobertura, le preguntaré a un encargado de mi plan de seguro.

Pagos y costos de la atención

Acepto pagar a Memorial por todos los servicios y suministros que me proporcione.

Comprendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los costos relacionados con mi tratamiento. Como cortesía hacia mí, comprendo que Memorial presentará reclamos por cobertura de terceros a mis compañías de seguros primaria y secundaria que yo divulgo a Memorial. Autorizo a Memorial a completar los formularios necesarios para obtener el pago de terceros que deben pagar, incluidos Medicare y Medicaid, y todos los programas de seguro relacionados con mi tratamiento. Autorizo a toda persona que posea mi información médica o de otro tipo a divulgar a la Administración del Seguro Social, o sus intermediarios o proveedores, toda la información necesaria para este reclamo o un reclamo de Medicare relacionado. Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro a Memorial y cedo todos los beneficios del seguro correspondientes a todas y cada una de las pólizas médicas que me cubren en la medida en que sean necesarios para cubrir sus costos, incluidos los servicios del médico. Por la presente, también cedo a Memorial todos los derechos bajo las políticas de terceros que deben pagar, incluido, entre otros, el derecho a designar un beneficiario, a agregar la elegibilidad de dependientes, a que una póliza individual continúe o se emita de acuerdo con estos términos y a todos los beneficios en virtud de cualquier póliza de seguro, certificado de suscripción u otro acuerdo de indemnización de beneficios de salud pagadero por los servicios prestados por Memorial. En el caso de que se reciba un pago que provoque un sobrepago por esta visita, autorizo la aplicación de dicho sobrepago a cualquier factura que no se haya pagado a Memorial y de la que soy responsable.

Garantizo el pago total de los cargos por los servicios prestados por Memorial. El pago debe realizarse, en su totalidad, en un plazo de 90 días a partir de la fecha de los servicios, a menos que se establezcan acuerdos con un agente autorizado de Memorial. Estoy de acuerdo en permitir que Memorial, o sus agentes, accedan al historial crediticio y a mi puntaje crediticio actual para los saldos de cuentas impagas y las solicitudes de asistencia financiera.

Al escribir mis iniciales en esta línea, certifico que mi lesión está relacionada con el trabajo y autorizo a Memorial a revisar, copiar y divulgar todos y cada uno de los historiales médicos relacionados con el tratamiento.

Acepto la responsabilidad por toda tarifa relacionada con el cobro de estos costos.

Esto incluye los costos judiciales, los honorarios de cobro y los honorarios razonables de abogados en los que haya incurrido Memorial en un intento de cobrar los montos adeudados. Comprendo que estas tarifas podrían ser de hasta el 50 % del saldo enviado para su cobro y que las tarifas son adicionales al saldo pendiente. Certifico que la información que proporcioné con el fin de pagar el tratamiento es, a mi leal saber y entender, completa y precisa.



Entiendo que los consultorios externos del Memorial pueden facturar los servicios como clínicas de proveedores.

Además de una factura por los honorarios del médico, Memorial cobrará una tarifa del centro por cada visita. Esto significa que recibiré:

- una sola factura de Memorial, que contiene las tarifas por los servicios del médico y una tarifa del centro; o
- dos facturas separadas de Memorial (una que contiene una tarifa por los servicios del médico, y otra que contiene el costo del centro).

Entiendo que mi plan de seguro puede tener un requisito diferente en cuanto a deducibles y coseguros según se trate de una clínica hospitalaria o el consultorio de un médico.

Muchos planes de seguro pagan según el lugar donde se brindan los servicios. Por ejemplo, un servicio brindado en una clínica puede tener una cobertura diferente a un servicio brindado en el consultorio privado de un médico.

Entiendo que puedo consultar con mi compañía de seguros si tengo preguntas sobre la cobertura de mi plan.

Entiendo que también puedo consultar con mi empleador si tengo preguntas sobre cómo paga mi plan los servicios de clínicas de proveedores.

Contacto conmigo por teléfono celular, mensaje de texto o correo electrónico

Acepto recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto a mi teléfono celular, así como correos electrónicos.

Proporcionaré mi número de teléfono y dirección de correo electrónico al momento del registro o la admisión en el hospital. Al brindar mi número de teléfono y mi dirección de correo electrónico a Memorial, comprendo que estoy dando mi consentimiento explícito a Memorial y sus terceros involucrados para que se pongan en contacto conmigo (incluso mediante un marcador telefónico automático) mediante una llamada telefónica, un mensaje de texto o un correo electrónico a los números de teléfono o a las direcciones de correo electrónico que proporcioné, en relación con el pago y las actividades relacionadas con la atención médica, incluido, entre otros, lo siguiente:

- Confirmaciones y recordatorios de citas
- Recordatorios generales de salud, como vacunas contra la gripe y otras vacunas
- Instrucciones para registrarse en el portal
- Instrucciones preoperatorias
- Seguimiento posterior al alta
- Comentarios sobre la experiencia del paciente
- Instrucciones para el cuidado de la salud en el hogar
- Mantenimiento de mi cuenta
- Cobro de montos adeudados

Entiendo que puedo solicitar que dejen de enviarme mensajes de texto y mensajes automáticos.

Puedo cancelarlos de cualquier manera razonable. Esto incluye la cancelación en persona o por teléfono (llame al 217-788-3186). Puedo "cancelar la suscripción" a los correos electrónicos de Memorial. También puedo responder STOP cuando reciba un mensaje de Memorial. Entiendo que Memorial no me cobra por comunicarse conmigo de esta forma, pero es posible que se apliquen las tarifas estándar para mensajes y datos de mi plan telefónico. Estos costos son mi responsabilidad.

Uso de mi información de salud

Entiendo que Memorial puede registrar mi información médica. Por la presente, confirmo que se me ha informado sobre las prácticas de privacidad de Memorial y que estoy de acuerdo con ellas.

Memorial puede registrarlas de diferentes maneras. Esto incluye formatos electrónicos, fotográficos, digitales, de audio y otros. Acepto que Memorial puede producir y utilizar esta información registrada para fines internos, para la enseñanza y la educación médica, y por otras razones que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad de Memorial, incluido el intercambio o la recepción de información de medicamentos con receta con una base de datos nacional de medicamentos con receta utilizada en el recetar medicamentos de forma electrónica para mi tratamiento, si corresponde. Por la presente, afirmo que he leído el aviso de prácticas de privacidad de Memorial y que comprendo su contenido.

Autorizo a Memorial y a cualquier proveedor de atención médica que pueda tratarme a divulgar toda mi información médica relevante, incluida la información médica sumamente protegida, a determinadas organizaciones de atención médica.

Por la presente reconozco que dicha divulgación puede incluir información genética y autorizo la divulgación de dicha información genética para fines de facturación.

Publicación de mi información en el Directorio de Pacientes de Memorial

Entiendo que Memorial puede usar y compartir información específica sobre mí en su directorio de pacientes.

Esta información incluye mi nombre, la ubicación donde recibo atención, mi condición en términos generales y mi afiliación religiosa. Además, comprendo que esta información, a excepción de la afiliación religiosa, se compartirá con las personas que pregunten por mí. Esto incluye a los medios. Memorial solo proporcionará mi afiliación religiosa al clero, incluso si no preguntan por mí mencionando mi nombre.

Entiendo que si no deseo que mi información se incluya en el directorio de pacientes, tendré la oportunidad de excluirme al registrarme.

Entiendo que esto significa que es posible que los floristas y otros visitantes no puedan encontrar mi habitación o comunicarse conmigo. Estos visitantes pueden incluir miembros de la familia.

Quejas

Memorial espera que la visita de cada paciente se lleve a cabo sin problemas.

Si no es su caso, es importante que nos comunique sus inquietudes. Tomaremos las medidas adecuadas para abordarlas. Todo paciente tiene derecho a plantear una queja o inquietud sobre cualquier aspecto de su visita y esperar una respuesta oportuna. Esto incluye inquietudes sobre la atención médica, el servicio, las condiciones y la facturación. Puede comunicar sus inquietudes por escrito o en persona.

Si tiene comentarios, preguntas o inquietudes, le sugerimos que usted o una persona en su nombre discuta sus inquietudes con un miembro de su equipo de atención o hable con el gerente de la clínica o unidad donde recibe atención. Si cree que sus preguntas o inquietudes no se han abordado de manera razonable, puede solicitar una revisión comunicándose con:

Memorial Health, experiencia del paciente, 701 N. First St., Springfield, IL 62781 o comunicándose con la oficina de experiencia del paciente al:

- Decatur Memorial Hospital.....217-876-2007
- Jacksonville Memorial Hospital.....217-479-5540
- Lincoln Memorial Hospital.....217-605-5000
- Springfield Memorial Hospital217-788-3497
- Taylorville Memorial Hospital217-707-5551

Presentación de una queja formal ante una organización externa. Honramos su derecho a presentar una queja y no tomaremos ninguna medida en su contra. Puede comunicarse con:

La Comisión Conjunta
Fax: 630-792-5636 | JointCommission.org
"Informar sobre un evento o inquietud sobre la seguridad del paciente"
Correo: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, La Comisión Conjunta
One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181

Departamento de Salud Pública de Illinois
800-252-4343 | Teléfono para sordos (TTY): 800-547-0466
Sitio web: dph.illinois.gov/topics-services/health-careregulation/complaints
Correo: 535 W. Jefferson St., Springfield, IL 62761

Livanta LLC: Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de Medicare para Illinois
Línea gratuita: 888-524-9900
TTY: 888-985-8775 | Livantaqio.com

Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Revocar este consentimiento no cambiará las acciones que se hayan realizado mientras el consentimiento estaba vigente.

Si el paciente es menor de edad o carece de la capacidad para firmar, se requiere la firma del poder notarial para atención médica, padre/madre, tutor o familiar más cercano.

Firma

Fecha y hora (sello de firma electrónica de Cerner)

Relación con el paciente, si no es el paciente

Testigo de la firma

Fecha/hora (sello de firma electrónica de Cerner)

