

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

### Dónde y cuándo se aplica este consentimiento

**Entiendo que este consentimiento cubre la atención y el tratamiento que recibiré en las clínicas ambulatorias Memorial Health ("Memorial"), ya sea en persona o por telesalud.**

Las clínicas ambulatorias de Memorial Health incluyen Decatur Memorial Medical Group, Memorial Behavioral Health, Memorial Care, Memorial Home Care, Memorial Home Hospice, Memorial Home Medical Supply y Memorial Medical Group. Este consentimiento cubrirá todo tipo de procesamiento de servicios y reclamos relacionados con la atención que reciba en dichas clínicas ambulatorias.

### 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
- Manejo de caso
- Asesoramiento o terapia
- Pruebas de laboratorio
- Servicios de imágenes.
- Tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos
- Fotografías
- Administración de productos farmacéuticos
- 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 de Memorial Health.

**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 para estos fines educativos.

**Entiendo que se me pedirá que firme otro consentimiento para cualquier procedimiento que pueda tener riesgos sustanciales.**

**Entiendo que la medicina, la cirugía y otros tratamientos 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.**

Eso 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.**

Esto incluye a todos los procedimientos médicos o quirúrgicos u otro tipo de tratamientos.

### 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 aplicable.

**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 proveedores a quienes soy referido 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 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 la 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 afín. 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, que las tarifas son adicionales al saldo pendiente y que las tarifas serán evaluadas y pagaderas en el momento en que mi cuenta sea remitida al cobrador externo. Acepto que los gastos de cobro o los honorarios de los abogados son gastos razonables para el cobro de cualquier saldo impago. 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 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. 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 contratados 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 de registro
- seguimiento posterior al alta hospitalaria
- comentarios sobre la experiencia del paciente
- instrucciones de 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 Health 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 Health, incluido el intercambio o la recepción de información de medicamentos con receta con una base de datos nacional de medicamentos con receta utilizada al recetar medicamentos de forma electrónica para mi tratamiento, si corresponde. Por la presente, acuso recibo del *Aviso de prácticas de privacidad* de Memorial Health y confirmo 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.

**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 tome medidas.**

Remita sus inquietudes a un miembro de su equipo de atención. O bien, hable con el administrador de la clínica donde recibe atención.

**Si cree que sus preguntas o inquietudes no se han abordado de manera razonable:**

Puede solicitar una revisión. Póngase en contacto con la persona que corresponda a través de la información que se detalla a continuación:

*Memorial Behavioral Health  
Attention: Compliance Officer  
340 W. Miller St.  
Springfield, IL 62702  
217-588-7538*

*Memorial Home Hospice  
Attention: Director  
340 W. Miller St.  
Springfield, IL 62702  
217-876-4622*

*Memorial Care  
Attention: Director  
340 W. Miller St.  
Springfield, IL 62702  
217-788-0006*

*Memorial Home Medical Supply  
Attention: System Director  
340 W. Miller St.  
Springfield, IL 62702  
217-757-7103*

*Memorial Home Care  
Attention: System Director  
340 W. Miller St.  
Springfield, IL 62702  
217-788-9337*

**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/hora

Relación con el paciente, si no es el paciente

Testigo de la firma

Fecha/hora