

Consentimiento para admisión/tratamiento ambulatorio de Erlanger Health System

I. CONSENTIMIENTO PARA ADMISIÓN/TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento de manera voluntaria para los procedimientos y los servicios que pueda recibir como paciente hospitalizado o ambulatorio, según las instrucciones generales y especiales de mi médico o el asistente de mi médico o su representante. Entiendo que estos procedimientos y servicios pueden incluir, entre otros, tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, servicios de imágenes, servicios de enfermería, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia o servicios de Erlanger Health System (“Erlanger”). Entiendo que pueden diagnosticarse otras afecciones que pueden requerir tratamiento adicional. Este consentimiento incluye análisis de enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre, lo que incluye, entre otros, de hepatitis, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), si un médico ordena tales pruebas con fines de diagnóstico. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado el resultado de ningún tratamiento o examen proporcionado por Erlanger. Reconozco que los suministros, los dispositivos médicos u otros bienes que se me venden o entregan se proporcionan “tal como están” y que Erlanger renuncia a cualquier garantía expresa o implícita relacionada con ellos.

II. CESIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDOS FINANCIEROS

Por este medio, asigno a Erlanger, y a cualquier médico que nos brinde atención y tratamiento a mí, a mi hijo o a cualquier otra persona con derecho a beneficios de atención médica en relación con esta admisión o tratamiento ambulatorio, todos los beneficios y todos los intereses y derechos por servicios prestados en virtud de cualquier póliza de seguro, lo que incluye, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier reembolso de un plan de atención médica prepaga. Esto significa que Erlanger y otros profesionales tendrán derecho a recibir directamente todos los pagos del seguro en mi nombre. Si mi tratamiento fue causado por eventos que resultan en acciones legales, asigno a Erlanger Health System cualquier interés en cualquier reclamo que pueda hacer en la medida necesaria para reembolsar completamente a Erlanger Health System por prestarme los servicios. Certifico que la información del seguro que proporcioné a Erlanger es precisa en todos los aspectos, y acepto ser financieramente responsable por todos los cargos relacionados con los servicios prestados en caso de que la información del seguro que proporcioné no sea precisa.

Aviso sobre posibles cargos por prestadores fuera de la red

Entiendo que puedo recibir tratamiento o servicios de médicos con base en Erlanger que pueden estar fuera de la red y no tienen un contrato actual con mi seguro médico. Entiendo que los médicos y otros proveedores de atención médica que pueden tratarme en Erlanger pueden no ser empleados de Erlanger y pueden no participar en la red de mi seguro médico. Acepto recibir servicios médicos de un proveedor fuera de la red.

Los anestesiólogos, los radiólogos, los médicos de la sala de emergencias y los patólogos no son empleados de Erlanger. Los servicios brindados por estos especialistas, entre otros, se facturarán por separado.

Antes de recibir los servicios, debo consultar con mi compañía de seguros para saber si mis proveedores están dentro de la red. De lo contrario, podría correr el riesgo de pagar cargos más altos por usar proveedores fuera de la red.

Erlanger tiene un contrato con los siguientes grupos de médicos para proporcionar los siguientes servicios:

Servicios de anestesia:
Ace Anestesiología
Teléfono: (423) 778-7608
www.aceanesthesia.com

Servicios de emergencia para adultos:
Tennessee River Physicians, PLLC
Teléfono: 1 (888) 568-5443
www.quickpavportal.com

Servicios de radiología:
Tennessee Interventional and Imaging Associates
Teléfono: (423) 778-7234
www.tiirad.com

Servicios de patología:
Path Group
Teléfono: (423) 305-0227
www.patharoup.com

Servicios de emergencia para niños:
Pediatric Emergency Medicine Associates, LLC
Teléfono: 678-344-1960
www.pema-llc.com

Servicios de laboratorio:
LabCorp
Teléfono: (423)634-1162
www.labcorp.com

Si Erlanger está fuera de la red de mi compañía de seguros, acepto recibir servicios médicos de Erlanger y reconozco que puedo recibir una factura por el monto no pagado por mi compañía de seguros, que puede ser mayor que el monto que pagaría por los servicios en una instalación dentro de la red. Si soy admitido en Erlanger, o se me realiza un procedimiento médico programado, reconozco que se me cobrarán cargos adicionales, lo que incluye cargos por prestaciones fuera de la red, si recibo servicios médicos de un proveedor de atención médica que no está dentro de la red. Específicamente, debería preguntarle a Erlanger si algún anestesiólogo, radiólogo, médico de la sala de emergencias o patólogo que no pertenezca a mi red de seguros me proporcionará servicios médicos.

Entiendo que puedo ser transferido a otra instalación durante el curso de mi atención y tratamiento. Si me transfieren a un centro fuera de la red, reconozco que puedo recibir una factura por el monto no pagado por mi compañía de seguros, que puede ser mayor que el monto que pagaría por los servicios en un centro dentro de la red. Entiendo que Erlanger proporcionará información sobre la transferencia a una instalación que esté dentro de la red de mi aseguradora, si la instalación dentro de la red tiene un tratamiento similar disponible para mí y esto no pone en riesgo mi salud.

Al firmar este formulario, reconozco que puedo recibir una factura por hasta el cien por ciento (100%) de los cargos facturados por cualquier monto no pagado por mi aseguradora por servicios de atención médica fuera de la red.

Las secciones adicionales en la parte posterior se incorporan como referencias a este documento

Consentimiento Para Admisión/ Tratamiento Ambulatorio

PATIENT IDENTIFICATION



Page 1 of 4

41458 01-28-21



CA8701

Recibiré un presupuesto/extracto por separado por los cargos de Erlanger por artículos y servicios según mi cobertura de beneficios de salud. Este presupuesto/extracto se proporcionará una vez que los proveedores de atención médica determinen qué tratamiento y servicios son necesarios.

Acuerdo financiero adicional

Entiendo y acepto que mi cuenta se adeuda en su totalidad al momento de la prestación de servicios para pacientes ambulatorios o al momento del alta para pacientes hospitalizados, con una asignación hecha para la cobertura de seguro aprobada y verificada antes del alta. En consideración de los servicios que se prestarán, el abajo firmante (como paciente, padre/madre, tutor, cónyuge, garante o representante) se compromete a pagar la cuenta de Erlanger de acuerdo con los diagramas de precios y los términos de pago de Erlanger. En caso de que Erlanger reciba un pago en exceso por esta admisión o este tratamiento ambulatorio, el abajo firmante autoriza la aplicación del pago en exceso a cualquier saldo impago por el cual el paciente/ abajo firmante sea responsable.

Doy mi consentimiento e instrucciones para que Erlanger pueda obtener mi informe crediticio, a su criterio en cualquier momento y a su propio cargo, y Erlanger solo podrá proporcionar el informe a un tercero con el único propósito de ayudar con la evaluación y los esfuerzos de cobro en nombre de Erlanger. Si mi cuenta no se paga en su totalidad dentro de los treinta días del envío de la factura inicial a la última dirección que proporcioné a Erlanger, y Erlanger no ha confirmado por escrito que Erlanger ha acordado un plan de pago aceptable, mi cuenta podrá ser entregada para su cobro a criterio de Erlanger. Si mi cuenta se entrega a un abogado para su cobro, acepto pagar el 33 1/3% del saldo de los honorarios de los abogados, independientemente de si es necesario presentar una demanda para cobrar el saldo. Además de pagar todos los costos incurridos en la presentación de una demanda, que incluyen, entre otros, las tarifas de presentación, los costos judiciales, las tarifas de servicio de proceso, las citaciones y los costos asociados con los procedimientos posteriores a la sentencia, lo que incluye, sin carácter restrictivo, los intereses posteriores al juicio y los gravámenes y las tarifas de ejecución. Si mi cuenta se transfiere a una agencia de cobros, acepto pagar los costos para el cobro además del saldo de la deuda.

III. CONTACTO

Estoy de acuerdo en que se me puede llamar a cualquier número de teléfono que le proporcione a Erlanger, lo que incluye líneas fijas, teléfonos celulares, números de Skype o cualquier otro medio. Los números que proporciono se pueden utilizar para comunicarse conmigo en relación con el tratamiento, los servicios prestados, cualquier saldo impago en mi cuenta, o para cualquier otro propósito con respecto a mi persona o a la persona para la que presto el consentimiento.

IV. CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

Consiento tener todos los términos de este Acuerdo para autorizar, gobernar y controlar todos los tratamientos futuros y obligaciones financieras que yo, o la persona para quien estoy dando consentimiento, reciba en el futuro en Erlanger o cualquiera de sus afiliados hasta que yo ejecute un nuevo Acuerdo Para Admisión/Tratamiento Ambulatorio.

V. SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS BENEFICIOS

He solicitado o tengo la intención de solicitar los beneficios de todos los Títulos de la Ley de Seguridad Social de los que pueda ser elegible (por ejemplo, los Títulos II, XVI, XVIII, XIX, así como cualquier otro beneficio que pueda tener a mi disposición).

VI. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago en virtud del Título XVIII o el Título XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a toda persona que conserve información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado de Medicare. Permito que se use una copia de la autorización en lugar del original y se solicite el pago de los beneficios autorizados que se harán en mi nombre. Entiendo que los medicamentos autoadministrados no están cubiertos por Medicare y que puedo ser responsable por el pago de los cargos relacionados con todos los medicamentos autoadministrados.

VII. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS Y ASISTENCIA MÉDICA

En algunos casos, Erlanger puede obtener un reembolso por algunos de sus medicamentos o dispositivos médicos de las compañías que los fabrican. Si esto ocurre, el cargo por el medicamento o dispositivo médico se elimina de su factura. La mayoría de estos programas requieren su firma en las solicitudes de reembolso. Para evitar que usted o su representante autorizado tengan que firmar esta solicitud para cada medicamento o dispositivo, Erlanger solicita que usted o su representante autorizado permitan que un representante de Pharmacy Healthcare Solutions (PHS) firme estos formularios en su nombre. Al firmar este formulario, usted o su representante autorizado están designando a PHS para que realice en su nombre los formularios de solicitud requeridos para que PHS obtenga el reembolso de sus medicamentos o dispositivos médicos de los fabricantes. La autorización para firmar en su nombre entrará en vigencia a partir de la fecha en que usted o su representante autorizado firmen este formulario.

VIII. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo y acepto que Erlanger puede usar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) recopilada sobre mí para la provisión de tratamiento, el cobro de pagos y la realización de operaciones hospitalarias sin consentimiento adicional como se detalla en el aviso conjunto de prácticas de privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) de Erlanger. Entiendo y acepto que Erlanger participa en intercambios de información de salud con otras instalaciones y proveedores de atención médica ("Participantes de intercambio"). Entiendo que puedo optar por no compartir mi información con los Participantes de Exchange siguiendo el proceso en el NPP de Erlanger. Entiendo que cuando solicite tratamiento de Erlanger o de los participantes de intercambio, mi información de salud puede compartirse electrónicamente entre Erlanger y los participantes de intercambio para brindar atención y servicios a mí/al paciente, y autorizo a Erlanger a compartir mi información de salud de esta manera con los participantes de intercambio. También entiendo que mi información de salud puede incluir cierta "información confidencial" como información genética y diagnósticos o tratamientos por el abuso de sustancias, enfermedades mentales (excluyendo notas psicológicas) o enfermedades transmisibles (incluso el VIH o SIDA), y que cierta información confidencial no puede divulgarse mediante el programa de intercambio de registros médicos sin una autorización por mi parte. Entiendo y acepto que puedo solicitar una restricción sobre cómo se puede usar/compartir mi información comunicándome con el departamento de gestión de información de la salud de Erlanger y que puedo obtener más información previa solicitud y del aviso conjunto de prácticas de privacidad de Erlanger.

Las secciones adicionales en la parte posterior se incorporan como referencias a este documento

Consentimiento Para Admisión/ Tratamiento Ambulatorio



Page 2 of 4

41458 01-28-21

PATIENT IDENTIFICATION



CA8701

IX. RELACION LEGAL ENTRE ERLANGER Y EL MÉDICO

Estoy bajo la atención y la supervisión de mi médico tratante. Es responsabilidad de mi médico obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para recibir tratamiento médico o quirúrgico, procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos, o los servicios de Erlanger que se me brindan por instrucciones generales y especiales de mi médico. Entiendo que habrá un cargo por separado por los servicios profesionales, como los servicios de un médico. Entiendo que Erlanger factura algunos honorarios profesionales; de lo contrario, los honorarios profesionales no se incluirán en la factura de Erlanger, y recibiré una factura por separado. Mi médico puede o no ser un empleado de Erlanger y Erlanger no es responsable de los actos o las omisiones de ningún médico no empleado por Erlanger.

X. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR BIENES PERSONALES

Entiendo y acepto que Erlanger no asume la responsabilidad por la custodia de los bienes personales que elijo conservar en mi persona o en mi habitación de Erlanger durante mi estadía, como por ejemplo, entre otros, joyas, anteojos, prótesis dentales o audífonos. A Erlanger no deben traerse bienes personales, y entiendo y acepto que Erlanger no será responsable por la pérdida o el daño de ningún bien personal.

XI. HOSPITAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Erlanger es una institución de enseñanza e investigación y entiendo y reconozco que residentes médicos, estudiantes y observadores aprobados por Erlanger que participan con un propósito educativo o de investigación pueden estar involucrados u observar mi atención bajo la supervisión directa de un proveedor o un miembro del equipo confidencial. A menos que sea requerido o permitido por la ley, es política de Erlanger obtener la aprobación de la administración antes de aceptar cualquier divulgación externa de información de salud no identificada. La administración de Erlanger acuerda obtener una autorización por escrito de mi parte o de mi representante autorizado antes de cualquier divulgación externa si la administración considera que es necesaria dicha autorización para preservar mi dignidad y privacidad. Toda información médica que se utilice o divulgue fuera de Erlanger, para la educación y capacitación de profesionales de la salud, incluso de estudiantes, residentes e instructores, debe desidentificarse y presentarse con consideración por mi dignidad, incluso si quedo incapacitado o fallezco.

XII. MONITORIZACIÓN DE VIDEO

Entiendo y reconozco que Erlanger utiliza la monitorización de video por razones de seguridad, y para el diagnóstico, la atención y el tratamiento de pacientes, y que la monitorización de video se realiza en áreas públicas y no públicas de Erlanger, incluso en áreas de atención directa y las habitaciones de los pacientes. Al firmar abajo yo, para mí o para el paciente, reconozco y acepto que el paciente o yo no tenemos expectativas de privacidad en dichas áreas de Erlanger, y que Erlanger no es responsable de ninguna de las demandas, causas de acción y litigios, lo que incluye, entre otros, los reclamos por invasión de privacidad, búsqueda y captura no razonables, difamación, incumplimiento de contrato o cualquier otro incumplimiento de deber que surja o esté relacionado con la monitorización de video.

XIII. ARMAS/EXPLOSIVOS/DROGAS

Entiendo y acepto que, si Erlanger en algún momento cree que puede haber un arma, dispositivos explosivos, sustancias ilegales o drogas, o cualquier bebida alcohólica en mi habitación o con mis pertenencias, Erlanger puede registrar mi habitación y mis pertenencias, confiscar cualquiera de los artículos anteriores que se encuentren y desecharlos según corresponda, lo que incluye entregar algún artículo a las autoridades policiales.

XIV. FOTOGRAFÍAS, MUESTRAS Y TEJIDOS

Autorizo a Erlanger a conservar, preservar o utilizar para fines de documentación médica, científica o de enseñanza fotografías, muestras o tejidos tomados como parte de algún procedimiento realizado. Entiendo que estos se desecharán adecuadamente según la política de Erlanger.

XV. FACTURACIÓN EN BASE AL PROVEEDOR Y HONORARIOS DE LAS INSTALACIONES

Entiendo que puedo recibir tratamiento o servicios de una clínica basada en el proveedor de Erlanger, lo que da como resultado una facturación separada para los cobros del médico y los cobros de la instalación médica. Algunas ubicaciones de las clínicas Erlanger se consideran departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, también conocidas como clínicas "basadas en el proveedor", lo cual es común en los sistemas de atención médica grandes. Las clínicas ubicadas fuera del hospital principal pueden considerarse parte del hospital, aunque le atiendan en un entorno clínico y no esté realmente hospitalizado.

Entiendo que los beneficios de mi seguro pueden aplicar un monto de desembolso personal más alto por los cobros de la instalación, que se aplica al deducible/co-seguro de mi plan, mientras que el cobro del médico se aplica al co-pago de mi plan. Antes de recibir los servicios, debo consultar con mi compañía de seguros para entender mi plan de beneficios.

Las clínicas basadas en los proveedores cobran honorarios de las instalaciones para cubrir los altos costos que implica operar estos departamentos de acuerdo con los requisitos de los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid. Es posible que algunos servicios se ofrezcan en una clínica que no sea un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital y estas no cobraría honorarios de instalación. Por favor, consulte el servicio de programación de citas de su proveedor para determinar las posibles alternativas.

Entiendo que Erlanger me enviará estados de cuenta que incluyen los cobros del médico y por los servicios de la instalación de acuerdo con mi cobertura de beneficios de salud.

Certifico que he leído y entiendo completamente este Consentimiento para admisión/tratamiento ambulatorio ("Consentimiento") y he firmado este Consentimiento a sabiendas, de manera libre y voluntaria. Si firmo en nombre de un menor de edad u otro adulto, declaro que tengo autoridad legal para dar consentimiento para su tratamiento y que no se requiere el consentimiento de ninguna otra persona mediante acuerdo, orden judicial o de otro tipo para dicho tratamiento. Certifico que no he recibido promesas, certezas, ni garantías de nadie con respecto a los resultados que puedan obtenerse por ningún tratamiento o servicio médico. Entiendo que soy personalmente responsable del pago de todos los artículos o servicios no cubiertos por el seguro u otro tercero.

Firma del paciente/parte responsable (vínculo con el paciente)
Otro

Hora Fecha

Representante de Erlanger Health System

Hora Fecha

Firma del intérprete/proveedor que usa servicios de traducción

Hora Fecha

Las secciones adicionales en la parte posterior se incorporan como referencias a este documento

Consentimiento Para Admisión/ Tratamiento Ambulatorio

PATIENT IDENTIFICATION



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE DOCUMENTOS Y CONSENTIMIENTO

Reconozco que me han ofrecido una copia de la **Declaración de derechos del paciente** y el **Aviso conjunto de prácticas de privacidad** de Erlanger Health System.

Iniciales

Me rehusé a recibir una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Erlanger.

Iniciales

Recibí Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de Erlanger, y se me informó verbalmente sobre la Asistencia financiera de Erlanger

Iniciales

Doy mi consentimiento para que mi nombre aparezca en el directorio de Erlanger Health System para esta visita. Si elige no incluir su nombre en el directorio, la mesa de información de Erlanger no reconocerá su presencia como paciente, salvo que así lo exija la ley, a quienes deseen visitarla o llamar. Además, todas las flores/regalos se devolverán a la florería y no podrán entregarse.

Iniciales

Doy mi consentimiento para que se proporcione mi nombre al clero.

Iniciales

Nombre Del Paciente Impreso
Firma Del Paciente (o Representante Del Paciente)

Hora

Fecha

Consentimiento Para Admisión/ Tratamiento Ambulatorio

PATIENT IDENTIFICATION

