

Please check the box to the left of the appropriate facility / Marque la casilla a la izquierda del centro correspondiente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brody School of Medicine at East Carolina University | <input type="checkbox"/> Vidant Bertie Hospital | <input type="checkbox"/> Vidant Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Leo W. Jenkins Cancer Center | <input type="checkbox"/> Vidant Chowan Hospital | <input type="checkbox"/> Vidant Medical Group |
| <input type="checkbox"/> East Carolina Endoscopy Center | <input type="checkbox"/> Vidant Duplin Hospital | <input type="checkbox"/> Vidant Roanoke-Chowan Hospital |
| <input type="checkbox"/> The Outer Banks Hospital | <input type="checkbox"/> Vidant Edgecombe Hospital | <input type="checkbox"/> Vidant SurgiCenter |
| <input type="checkbox"/> Vidant Beaufort Hospital | <input type="checkbox"/> Vidant Home Health & Hospice | <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ |



VIDANT HEALTH™

INFORMACIÓN RELIGIOSA (si se le da ingreso al hospital): a una persona que ingresa al hospital, Vidant Health puede proporcionar una lista de pacientes para el clero de la comunidad cuando lo soliciten. Esta lista incluye el nombre, la ubicación, la condición general y la afiliación religiosa del paciente. Si prefiere que se elimine su información de la lista, coloque sus iniciales aquí _____.

MENSAJES DE TEXTO: al firmar este formulario de consentimiento, autorizo a Vidant Health a comunicarse conmigo por medio de mensajes de texto SMS para atenderme mejor. (El servicio de texto lo proporciona un distribuidor). Los mensajes de texto pueden incluir recordatorios oportunos acerca de las visitas al médico que tengo que hacer o la información de MyChart. Si no desea recibir estos mensajes de texto, coloque sus iniciales aquí _____.

NÚMERO DE TELÉFONO INALÁMBRICO: Vidant Health, los miembros del personal médico, el personal clínico, los agentes y el personal pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquiera de los números que se incluyen en mis registros, incluso los números de teléfono inalámbricos, con el propósito de atender mi cuenta y cobrar el monto adeudado. Las formas de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados o artificiales y el uso de servicios de marcación automática. Si no desea recibir comunicaciones por medio de su teléfono inalámbrico, coloque sus iniciales aquí _____.

FOTOGRAFÍAS/VIDEO: doy mi autorización para que Vidant Health y los miembros del personal médico (incluyendo agentes y contratistas) tomen fotografías o hagan videos o dibujos de mi persona para el tratamiento permitido, pago o con fines de las operaciones de atención médica (puede incluir evaluación de la calidad, identidad del paciente, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos. Si no desea participar en fotografías/videos/dibujos, coloque sus iniciales: _____.

Fotografías _____ Video _____ Dibujos _____

NO FACTURAR AL SEGURO: entiendo que si pagué totalmente de mi bolsillo (pague por mi cuenta sin un seguro) por esta visita médica, puedo solicitar que no se comparta información relacionada con mi visita a mi compañía aseguradora al completar un formulario de Solicitud del paciente para una restricción. Al colocar mis iniciales más adelante, solicito a Vidant Health que no comparta información sobre mi visita con mi compañía aseguradora, y que acepto que pagaré todos los gastos relacionados con esta visita en un plazo de quince (15) días después del alta. Entiendo y acepto que si no cumplo con pagar todos los cargos relacionados en el plazo de 15 días Vidant Health puede compartir mi información con mi compañía aseguradora. Si usted acepta lo anterior y no desea que se le facture a su seguro, coloque sus iniciales aquí _____.

NO REALIZAR UNA ENCUESTA: entiendo que como parte de las actividades de mejora del desempeño de Vidant Health, un proveedor de encuestas puede comunicarse conmigo para preguntarme sobre mi experiencia. Puedo negarme a responder a las preguntas en el momento en que me llamen. Si no desea que el proveedor de encuestas se comuniquen con usted, coloque sus iniciales aquí _____.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA: los miembros del personal médico/Vidant Health usan el Intercambio electrónico de Información médica (Health Information Exchange, HIE). Este intercambio ofrece una forma rápida, segura y confiable de proporcionar información médica a los proveedores. Entiendo que es posible que se compartan mis expedientes médicos electrónicos con otros proveedores que estén involucrados en el cuidado de mi salud. Entiendo que un proveedor puede solicitar y recibir mi información médica mediante el uso de otros métodos permitidos por la ley, tales como fax o correo. Si no desea que su información médica electrónica se comparta de manera electrónica, coloque sus iniciales aquí _____.

- Leí esta información y recibí una copia. Entiendo la información. Soy el paciente o estoy autorizado para actuar en nombre del paciente, y para firmar este documento verificando mi autorización/consentimiento para la información y los términos indicados anteriormente.
- Entiendo que puedo revocar esta Autorización/Consentimiento al proporcionar un aviso escrito a Vidant Health, excepto en la medida en la que ya se hayan tomado acciones con base en esta Autorización/Consentimiento.
- Esta Autorización/Consentimiento tiene vigencia hasta un año a partir de la fecha en la que se firma; sin embargo, no vencerá por el proceso miento de reclamos o servicios por admisiones o visitas que ocurran mientras esté vigente.

Nota: si los servicios que se proporcionan son una serie terapéutica recurrente (rehabilitación/quimioterapia), solo tendrá que firmar un formulario de consentimiento para cubrir todos los servicios recurrentes proporcionados en un plazo de 90 días a partir de la fecha de su firma.

Paciente:

Patient _____ Firma del paciente (Patient Signature) _____ Fecha (mes/día/año) (Date) _____ Hora (Time) _____

Escriba el nombre del paciente en letra de molde (Print Patient Name) _____

Representante:

Representative _____ Firma de la persona que firma en nombre del paciente (Signature of person signing on behalf of Patient) _____ Fecha (mes/día/año) (Date) _____ Hora (Time) _____

Nombre en letra de molde de la persona que firma en nombre del paciente (Print Name of person signing on behalf of Patient) _____

Indique por qué el paciente no puede firmar por sí mismo (State why patient cannot sign for himself) _____

Garante: (persona o entidad que acepta ser responsable del pago) Con mi firma a continuación como garante [no aplica al paciente, cónyuge (cuando la atención médica es necesaria) o los padres de un hijo menor de edad], por este medio acepto pagar todos los cargos del Centro que no están cubiertos o que no son pagados en un tiempo razonable por cualquier seguro/cobertura médica, ya sea que esté obligado o no a pagarlo legalmente de otra manera.

Garante:

Guarantor _____ Firma del garante (Signature) _____ Nombre del garante en letra de molde (Name) _____

Testigo:

Witness _____ Firma del testigo (Witness signature) _____ Fecha (mes/día/año) (Date) _____ Hora (Time) _____



“Yo”, “me” o “mi” se refiere al paciente nombrado más adelante, y cuando corresponda, se refiere a la(s) persona(s) con el derecho legal para dar su consentimiento por el paciente. “Vidant Health/ECU Physicians” se refiere al hospital, clínica u otro servicio en particular afiliado a Vidant Health y a ECU Physicians, en donde me han aceptado como su paciente, según se indicó antes. “Miembros del personal médico” se refiere a todos los médicos y profesionales de práctica avanzada quienes proporcionan tratamiento médico y servicios quirúrgicos en Vidant Health/ECU Physicians.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: entiendo que existen procedimientos y exámenes terapéuticos y de rutina que están relacionados ordinariamente con ser un paciente en Vidant Health/ECU Physicians (“tratamiento médico”). Entiendo que los miembros del personal médico, personal clínico, agentes y el personal dirigirán mi tratamiento médico según sea necesario para mi beneficio médico según su juicio profesional. Por este medio solicito, autorizo y doy mi consentimiento voluntario a dicho tratamiento médico. Entiendo que si fuera necesario realizar exámenes o procedimientos más invasivos o no rutinarios, se me informará sobre los riesgos y los beneficios de dicho tratamiento adicional necesario y se me dará la oportunidad para dar mi consentimiento para cada uno de dichos tratamientos adicionales y necesarios. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no son una ciencia exacta y que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de la atención médica, el tratamiento o el examen que ofrece Vidant Health/ECU Physicians.

MÉDICOS COMO CONTRATISTAS INDEPENDIENTES: entiendo que algunos de los miembros del personal médico (como radiólogos, patólogos, médicos de servicios de emergencia, anesthesiólogos, etc.) son contratistas independientes y no son empleados ni agentes de Vidant Health/ECU Physicians.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: la persona que firma este formulario autoriza a Vidant Health/ECU Physicians a divulgar todo o cualquier parte del expediente médico del paciente a cualquiera de los siguientes: compañías aseguradoras mencionadas, agencias del gobierno, al empleador del paciente o cualquier agencia que realice revisiones de un caso de compensación al trabajador, cualquier agencia de revisión que realice revisiones del uso del hospital bajo un acuerdo con el empleador del paciente u otra fuente de pago, así como cualquier organización de atención médica, proveedor de atención médica o agencia que necesite información médica para ayudar a continuar con la atención del paciente. El expediente médico divulgado puede incluir información acerca del tratamiento de condiciones psiquiátricas o por abuso de drogas y alcohol, información relacionada con el SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA o estado de VIH. También entiendo que puedo revocar esta autorización al proporcionar un aviso escrito al hospital.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE A MEDICARE/TRICARE, MEDICAID: certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo el Título V, XVII y XIX de la Ley de Seguridad Social es completa y correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mi persona que divulgue a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios, cualquier información necesaria para este o cualquier Reclamo relacionado con Medicare/Medicaid. Autorizo a Vidant Health/ECU Physicians y al Departamento de Servicios Sociales del Condado correspondiente a tratar la información sobre mi persona en el caso que solicite asistencia financiera, incluyendo Medicaid. Esta información incluye lo siguiente: fecha de la solicitud, estado de la solicitud, la razón por la cual mi solicitud sigue pendiente, cualquier verificación requerida para completar mi solicitud, la fecha y la razón del rechazo (si corresponde). Recibí el documento titulado “Un mensaje importante de TRICARE” o “Medicare” al momento de mi admisión. Mi firma únicamente reconoce que recibí este mensaje de Vidant Health/ECU Physicians y no es una renuncia a ninguno de mis derechos a solicitar una revisión ni me hace responsable por ningún pago.

CESIÓN DEL SEGURO/BENEFICIOS POR OBLIGACIÓN: por este medio autorizo el pago directo a Vidant Health/ECU Physicians y a los Miembros del personal médico involucrados en mi tratamiento o diagnóstico en Vidant Health/ECU Physicians por parte del seguro colectivo, seguro médico mayor, hospital, quirúrgico, médico y cualquier otro seguro pagadero a o en nombre del infrascrito, por virtud de la hospitalización o Servicios hospitalarios ambulatorios del paciente nombrado más adelante. Cedo incondicionalmente cualquier beneficio del seguro a Vidant Health/ECU Physicians y a los Miembros del personal médico involucrados en mi tratamiento y además autorizo a ambos a presentar solicitud para cualquier exceso en los beneficios del seguro o cualquier pago recibido de cualquier fuente, al pago de cualquier factura no pagada del paciente mencionado más adelante o del infrascrito o cualquier persona que sea financieramente responsable por el paciente o garante.

Entiendo que soy financieramente responsable ante el Hospital y los médicos por los cargos que no pague el seguro. Si un saldo sin pagar se le envía a una agencia de cobro, seré responsable por los honorarios legales o intereses asociados con el cobro de la deuda. Vidant Health/ECU Physicians harán todos los esfuerzos por precertificar o preautorizar el tratamiento con pagadores terceros que lleven a cabo una Revisión del uso como un servicio para los pacientes. Sin embargo, Vidant Health/ECU Physicians no acepta responsabilidad por la falta de precertificación o preautorización y no es responsable de los resultados del pago final o de las restricciones de tiempo. Cedo irrevocablemente a los médicos del Personal médico y/o del Centro, todos los derechos, título e interés en y sobre a obligación de un tercero que surja de las lesiones que yo haya sufrido y que requieran los servicios proporcionados, hasta el monto necesario para liberar la deuda pendiente con los médicos del Personal médico y/o del Centro. Autorizo e instruyo a cualquier persona o corporación que tenga aviso de esta cesión para que pague directamente a los médicos del Personal médico o del Centro todos los beneficios médicos, de obligaciones u otros beneficios del seguro o de terceros a los cuales tenga o pueda tener derecho en relación con mi atención, hasta por el monto necesario para cubrir mi deuda ante los médicos del Personal médico o del Centro. Por este medio nombro a los médicos del Personal médico, del Centro y a cualquier agente que actúe en su nombre, como mi representante autorizado para dar seguimiento a cualquier reclamo, penalización y recursos legales o administrativos en mi nombre para el cobro contra cualquier pagador responsable o aseguradora de responsabilidad de terceros de todos y cada uno de los beneficios que se me adeuden por el pago de los cargos relacionados con mi tratamiento. Si cualquier parte de esta cesión se anula a causa de una política pública o en violación de cualquier estatuto o ley del estado de Carolina del Norte, mi intención es que todas las demás provisiones de esta cesión sigan siendo válidas.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR: si se me admite como paciente, por este medio libero al hospital de cualquier responsabilidad por objetos de valor, dinero, artículos personales u otros que no se depositen en el hospital para salvaguardarlos.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: reconozco que recibí el Aviso sobre las prácticas de privacidad (“NPP”, en Inglés) vigente para Vidant Health/ECU Physicians. El Aviso sobre las prácticas de privacidad es una descripción completa de mis derechos de privacidad como paciente de Vidant Health/ECU Physicians.

PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS: las regulaciones de seguimiento de los dispositivos médicos publicadas bajo la Ley federal de alimentos, medicamentos y cosméticos, y sus enmiendas, entró en vigor en agosto de 1993 para garantizar que los pacientes que reciben ciertos dispositivos médicos puedan ser notificados si ocurren problemas con esos dispositivos. En el caso que reciba uno de estos dispositivos que la FDA ha rotulado para darle seguimiento, acepto que el Centro tiene derecho a informar sobre toda la información que posea y que ayudará a la FDA a dar seguimiento al dispositivo, incluyendo entre otras cosas, la información médica, el nombre, el número de teléfono, la dirección y el número de seguro social. En el caso que yo no esté de acuerdo con esta provisión, se considerará que me he negado a permitir que el dispositivo médico sea rastreado y reportado a la FDA.



3014/VH-026