

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS
DE HOSPITALES y MÉDICOS
(CONSENT FOR HOSPITAL & PHYSICIAN MEDICAL SERVICES)**



- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Presbyterian Hospital | <input type="radio"/> Española Hospital | <input type="radio"/> Socorro General Hospital |
| <input type="radio"/> Presbyterian Kaseman Hospital | <input type="radio"/> Lincoln County Medical Center | <input type="radio"/> Dan C. Trigg Memorial Hospital |
| <input type="radio"/> Presbyterian Rust Medical Center | <input type="radio"/> Plains Regional Medical Center - Clovis | <input type="radio"/> Presbyterian Medical Group |
| <input type="radio"/> Presbyterian Santa Fe Medical Center | <input type="radio"/> PRESNow 24/7 Urgent & Emergency Care | |

CENTROS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRESBYTERIAN

CONSENTIMIENTO Y NOTIFICACIÓN

- **Crisis del COVID-19.** Debido al protocolo de control de infecciones y para minimizar las visitas en persona en el consultorio durante la pandemia, algunos servicios se podrán prestar mediante telemedicina, otros medios electrónicos o en la acera.
- **Consentimiento para servicios.** Quien suscribe da su consentimiento para que Presbyterian y todos sus contratistas y empleados presten servicios según sea necesario, incluyendo la administración de órdenes médicas. Quien suscribe entiende que para algunos servicios o procedimientos puede necesitarse un consentimiento informado adicional obtenido por el proveedor que haga dicho procedimiento o preste dicho servicio.
- **Políticas.** Los pacientes, sus representantes legales y sus visitantes deben cumplir las políticas de Presbyterian mientras estén en sus centros. Presbyterian no se hace responsable del robo ni de la pérdida de objetos personales de pacientes o visitas, a menos que se haya hecho una lista detallada de los mismos y se hayan guardado en una caja fuerte del hospital.
- **Prohibición de fumar.** Está prohibido fumar en todos los centros de Presbyterian, incluyendo estacionamientos y patios. El tabaco, los cigarrillos electrónicos, las drogas recreativas y los medicamentos sin receta están estrictamente prohibidos en todas sus formas.
- **Uso y revelación de información médica personal.** Presbyterian podrá usar o revelar información médica de un paciente para hacer tratamientos, pagos o para funciones administrativas de atención médica sin un consentimiento específico por escrito. Excepto según exija la ley o a menos que nuestro Aviso de prácticas de privacidad describa lo contrario, Presbyterian no revelará información médica de un paciente sin una autorización válida por escrito de su representante legal.
- **Fotografías y grabaciones.** Excepto en circunstancias limitadas, no se permite tomar fotografías ni hacer grabaciones de voz de ningún tipo. Si los pacientes o sus representantes quisieran filmar o grabar en circunstancias especiales, deberán pedir y obtener primero la aprobación del proveedor. Si no se obtuviera el permiso antes de grabar o tomar las fotografías, se podrá confiscar la película, el material o los dispositivos.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- **Responsabilidad financiera.** A menos que la ley lo prohíba expresamente, quien suscribe acepta colectiva e individualmente pagar todos los servicios del hospital, de alojamiento y de médicos que un tercero responsable de los pagos o una aseguradora no paguen en su totalidad. Quien suscribe entiende y acepta que se podrían utilizar los servicios de una agencia de cobro para cobrar las tarifas y los cargos que el paciente o el tercero responsable de los pagos o la aseguradora no paguen en su totalidad, o los mismos podrían estar sujetos a una acción judicial (incluyendo honorarios de abogados e intereses) para recuperar las tarifas no pagadas. Quien suscribe da su consentimiento para que la información de contacto que dé (incluyendo información actualizada) se proporcione a toda entidad asignada para cobrar de la cuenta del paciente. Además, quien suscribe da su consentimiento para que se use tecnología, incluyendo llamadas automáticas, y se envíen mensajes pregrabados a teléfonos celulares o de línea, para ponerse en contacto con él.
- **Asignación de beneficios.** Quien suscribe autoriza que se haga el pago de seguros u otros beneficios en nombre del paciente a Presbyterian o a proveedores médicos autorizados que presten servicios al paciente (como laboratorio, radiología, etc.) y acuerda colaborar en el procesamiento de reclamos por beneficios.
- **Beneficios de Medicare.** Quien suscribe certifica que toda la información que haya dado en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Quien suscribe autoriza a quien tenga información médica del paciente a revelarla a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), o a sus intermediarios u operadores. Quien suscribe autoriza que se haga el pago de beneficios en nombre del paciente a Presbyterian o a los médicos que presten servicios relacionados con el tratamiento del paciente.

Firmando, quien suscribe reconoce haber leído y entendido la información de arriba y que su firma abajo indica su consentimiento, la asignación y la aceptación tal como se indica arriba, como paciente o como representante autorizado del paciente.

Nota: A causa de la crisis de la Covid-19, se puede proporcionar un acuse de recibo en lugar de la firma.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____ Relación con la paciente _____

PATIENT IDENTIFICATION

