



## GENERAL CONSENT PRESBYTERIAN HEALTHCARE SERVICES FACILITIES

### CONSENT AND NOTICE

- **Consent for Services.** The undersigned gives consent to Presbyterian and all its contractors and employees to provide services as necessary including the administration of physician orders and continuation of treatment for pre existing conditions (i.e., hemodialysis and chemotherapy). The undersigned understands that some services or procedures may require an additional informed consent which will be obtained by the provider performing the procedure or service.
- **Policies.** Patients, their legal representatives and visitors must comply with Presbyterian policies while on Presbyterian property. Presbyterian is not responsible for the theft or loss of any patient or visitor's personal property unless such personal property has been itemized and checked into a hospital safe.
- **No Smoking Facility.** All Presbyterian facilities and properties are non-smoking facilities, including parking lots and courtyard areas. Tobacco, e-cigarettes, recreational drugs and non-prescribed medications are strictly prohibited in all forms.
- **Use & Disclosure of Personal Health Information.** Presbyterian may use or share a patient's health information to carry out treatment, payment or for health care operations without specific written consent. Presbyterian will not release a patient's health information without a valid written authorization from the patient or their legal representative.
- **Photography & Recording.** Except under limited circumstances, photography and voice recording of any kind are not allowed. If patients or their representatives wish to film or record for special circumstances, they must request and obtain the approval of the provider first. Failure to obtain permission prior to recording or photographing may result in confiscation of the film, recording and/or device.
- **Mandatory Agreement as to Place of any Lawsuit:** Any dispute, claim, or lawsuit, which in any way relates to health care provided to the patient by Presbyterian, its employees, affiliates or agents, shall only be brought in a New Mexico Court in the county where the health care was provided; or where the patient resided at the time the health care was provided; or where Presbyterian Healthcare Services principally conducted business at the time the health care was provided. This provision is mandatory and not optional.
- **Hospital at Home (HAH).** I understand that the Presbyterian HAH Program is a voluntary program that may be offered as an alternative to an inpatient hospital stay depending on my medical condition and geographic location. I further understand that Presbyterian staff are not always physically present in my home during my HAH episode of care and if I am having a medical emergency, that I should call 911 to obtain immediate emergency services. I further acknowledge that I have been provided the option of using non-emergency transportation services and if I choose to transport myself home, and forego the non-emergency transportation services, Presbyterian is not liable for any incident or injuries to myself or third parties that may be caused by or arise from that decision.
- **Patient Rights and Responsibilities.** I acknowledge that Patient Rights and Responsibilities are posted in patient care areas in Presbyterian hospital facilities, on the Presbyterian website, and can be found in the Presbyterian Inpatient Admission and Outpatient booklets.

### ASSIGNMENT OF BENEFITS AND FINANCIAL RESPONSIBILITY

- **Financial Responsibility.** Unless expressly prohibited by law, the undersigned jointly and severally agrees to pay for all hospital services, accommodations and physician services not otherwise paid in full by a third-party insurer/payor. The undersigned understands and agrees that fees and charges not paid in full by the patient or third-party insurer/payor may be placed with a collection agency for collection or be subject to legal action (including attorney's fees and interest) to recoup the unpaid fees. The undersigned consents to the use of any contact information the undersigned gives (including updated information) to be provided to any entity assigned to collect on the patient's account, and further consents to the use of technology, including auto dialing, and the use of prerecorded messages on cellular or land line phones, in contacting the undersigned.
- **Assignment of Benefits.** The undersigned authorizes that payment of insurance or other benefits be made on the patient's behalf to Presbyterian or authorized healthcare providers rendering services to the patient (such as laboratory, radiology, etc.) and agrees to assist in the processing of claims for benefits.
- **Medicare Benefits.** The undersigned certifies that any information they give in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. The undersigned consents to the release of the patient's health information by any holder of such information to the Social Security Administration and Centers for Medicare and Medicaid Services or its intermediaries or carriers. The undersigned authorizes that the payment of benefits be made on the patient's behalf to Presbyterian or any physician providing services in connection with the patient's treatment.

**By signing, the undersigned acknowledges that they have read and understood the foregoing information and that their signature below constitutes consent, assignment and acceptance as noted above, as the patient or as the authorized representative of the patient. NOTE: In the event of a public health emergency, an acknowledgment may be provided in lieu of a signature.**



## CONSENTIMIENTO GENERAL INSTALACIONES DE SERVICIOS DE SALUD DE PRESBYTERIAN

### CONSENTIMIENTO Y AVISO

- **Consentimiento para los servicios.** El abajo firmante otorga su consentimiento a Presbyterian y a todos sus contratistas y empleados para que presten los servicios necesarios, incluyendo la administración de las órdenes médicas y la continuación del tratamiento para afecciones preexistentes (como hemodiálisis y quimioterapia). El abajo firmante comprende que algunos servicios o procedimientos pueden requerir un consentimiento informado adicional, el cual será obtenido por el proveedor que realice el procedimiento o servicio.
- **Políticas.** Los pacientes, sus representantes legales y visitantes deben cumplir con las políticas de Presbyterian mientras se encuentren en la propiedad de Presbyterian. Presbyterian no es responsable por el robo o pérdida de propiedad personal de ningún paciente o visitante a menos que dicha propiedad personal haya sido detallada y registrada en una caja fuerte del hospital.
- **No se fuma en las instalaciones.** No se fuma en ninguna de las instalaciones y propiedades de Presbyterian, incluidos los estacionamientos y las áreas de patio. El tabaco, los cigarrillos electrónicos, las drogas recreativas y los medicamentos sin receta están estrictamente prohibidos en todas sus formas.
- **Uso y divulgación de información personal de salud.** Presbyterian puede usar o compartir la información de salud de un paciente para realizar un tratamiento, pago o para operaciones de atención médica sin consentimiento específico por escrito. Presbyterian no divulgará la información de salud de un paciente sin una autorización escrita válida del paciente o su representante legal.
- **Fotografía y grabación.** Salvo circunstancias limitadas, no se permite la fotografía ni la grabación de voz de ningún tipo. Si los pacientes o sus representantes desean filmar o grabar por circunstancias especiales, primero deben solicitar y obtener la aprobación del proveedor. La falta de obtención de permiso antes de grabar o fotografiar puede resultar en la confiscación del carrete, la grabación y/o el dispositivo.
- **Acuerdo obligatorio sobre el lugar de cualquier demanda:** cualquier disputa, reclamo o demanda que se relacione de alguna manera con la atención médica brindada al paciente por Presbyterian, sus empleados, afiliados o agentes, solo se presentará en un tribunal de Nuevo México en el condado donde se brindó la atención médica; o donde el paciente residía en el momento en que se brindó la atención médica; o donde Presbyterian Healthcare Services operaba principalmente en el momento en que se brindó la atención médica. Esta disposición es obligatoria y no opcional.
- **Hospital en Casa (HAH).** Entiendo que el Programa de Presbyterian HAH es un programa voluntario que puede ofrecerse como alternativa a una hospitalización, dependiendo de mi condición médica y ubicación geográfica. Entiendo además que el personal de Presbyterian no siempre está físicamente presente en mi hogar durante mi episodio de atención de Hospital en casa y que, si tengo una emergencia médica, debo llamar al 911 para obtener servicios de emergencia inmediatos. Además, reconozco que se me ha brindado la opción de utilizar servicios de transporte que no sean de emergencia y, si decido transportarme a casa y renunciar a los servicios de transporte que no sean de emergencia, Presbyterian no es responsable de ningún incidente o lesión a mí o a terceros que pueda ser causado o surgir de esa decisión.
- **Derechos y responsabilidades del paciente.** Reconozco que los Derechos y Responsabilidades del Paciente están publicados en las áreas de atención al paciente en las instalaciones del hospital Presbyterian, en el sitio web de Presbyterian y se pueden encontrar en los folletos de Admisión para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios de Presbyterian.

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- **Responsabilidad financiera.** A menos que la ley lo prohíba expresamente, los abajo firmantes acuerdan conjunta y solidariamente pagar todos los servicios hospitalarios, alojamiento y servicios médicos que no sean pagados en su totalidad por un tercero asegurador/pagador. El abajo firmante entiende y acepta que los honorarios y cargos no pagados en su totalidad por el paciente o el asegurador/pagador externo pueden ser colocados en una agencia de cobranza para su cobro o estar sujetos a acciones legales (incluidos honorarios de abogados e intereses) para recuperar los honorarios impagos. El abajo firmante consiente el uso de cualquier información de contacto que proporcione (incluida información actualizada) para ser proporcionada a cualquier entidad asignada para cobrar la cuenta del paciente, y además consiente el uso de tecnología, incluida la marcación automática y el uso de mensajes pregrabados en teléfonos celulares o fijos, para contactar al abajo firmante.
- **Asignación de Beneficios.** El abajo firmante autoriza que el pago del seguro u otros beneficios se realice en nombre del paciente a Presbyterian o proveedores de atención médica autorizados que presten servicios al paciente (como laboratorio, radiología, etc.) y acepta ayudar en el procesamiento de reclamos de beneficios.
- **Beneficios de Medicare.** El abajo firmante certifica que toda la información que proporciona al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. El abajo firmante consiente la divulgación de la información de salud del paciente por parte de cualquier titular de dicha información a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios y proveedores. El abajo firmante autoriza que el pago de beneficios se realice en nombre del paciente a Presbyterian o a cualquier médico que brinde servicios en relación con el tratamiento del paciente.

**Al firmar, el abajo firmante reconoce que ha leído y comprendido la información anterior y que su firma a continuación constituye el consentimiento, la cesión y la aceptación como se indica anteriormente, como paciente o como representante autorizado del paciente. NOTA: En caso de una emergencia de salud pública, se puede proporcionar un reconocimiento en lugar de una firma.**