

## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MEDICO

1. **CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD:** Yo voluntariamente consiento y autorizo a la prestación de servicios de salud, incluidos los servicios de rutina hospitalaria, procedimientos diagnósticos, terapia intravenosa, medicamentos, inyecciones, servicios de laboratorio y otros servicios o procedimientos, incluyendo el uso de la restricción, que mi médico de cabecera u otros sosteniendo privilegios clínicos y considere necesario. Entiendo que los servicios de salud se prestan por los estudiantes, pasantes o residentes bajo supervisión médica. Entiendo, además, que la práctica de la medicina en que no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho promesas o garantías para mí en cuanto al tratamiento o los servicios prestados en este centro de atención médica. Reconozco que la ley del Estado, en el caso de un trabajador de la salud en nuestras instalaciones está expuesta accidentalmente a sangre o fluidos corporales, la sangre será examinada para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH.
2. **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo al hospital y mis médicos a divulgar información de mis registros médicos a cualquier proveedor de atención de la salud que participan en modo alguno en mi cuidado y tratamiento y para cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los gastos del hospital, incluyendo pero no limitado a mi compañía de seguros, cualquier proveedor de terceros, los programas de Medicare/Medicaid, y la aseguradora de Compensación de Trabajadores de mi empleador. También autorizo la liberación de información necesaria para la planificación del alta, el traslado, y los fines de seguimiento.
3. **MEDICARE y / o Medicaid CERTIFICACIÓN:** Certifico que la información que me ha dado en la solicitud de pago en virtud de los programas de Medicare y / o Medicaid es correcta y autorizo la divulgación de toda la información necesaria para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realizará en el hospital de mi parte para el hospital y el médico de los cargos para los que el hospital y el médico está autorizado a proyecto de ley en relación con estos servicios de salud.
4. **CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS:** Autorizo al hospital para tomar, retener, conservar y utilizar con fines científicos o de enseñanza, o eliminar en su comodidad, todas las muestras, tejidos, partes u órganos tomados de mi cuerpo durante la hospitalización.
5. **PROFESIONALES INDEPENDIENTES:** Entiendo que puedo ser facturado separadamente por profesionales, incluyendo pero no limitado a los médicos de emergencia del Departamento, radiólogos, patólogos y anestesiólogos, que son contratistas independientes y no son agentes o empleados del hospital por los servicios de salud prestados a mí. También entiendo que es mi responsabilidad verificar mis beneficios de seguro y cobertura, en su caso. \_\_\_\_\_ (inicial)
6. **ACUERDO FINANCIERO:** Entiendo que no hay garantía de reembolso o pago de cualquier compañía de seguros u otros pagadores. Reconozco la responsabilidad financiera de y de acuerdo en pagar todos los gastos del hospital y de los médicos que prestan servicios no cubiertos de otro modo por el seguro de salud u otros contribuyentes. Todos los cargos se deben pagar al recibir la factura. Si el pago no se hace dentro de los 90 días siguientes a la recepción de la factura, se puede añadir una carga delinciente o intereses a la tasa máxima legal. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos legales razonables necesarios para el cobro de cualquier deuda. Reconozco y entiendo que cualquier reembolso que pueden existir con relación será remitida a la dirección en los archivos del hospital.
7. **REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA:** Entiendo que es mi responsabilidad de obtener toda autorización previa y cumplir con todos los requisitos de cualquier plan de cobertura médica / hospitalaria de seguros o en la que confío para la cobertura de cargos del hospital y el médico de. \_\_\_\_\_ (inicial)
8. **ASIGNACIÓN DE PAGO DIRECTO:** Autorizo y ordeno que el pago de todos los seguros o beneficios de atención médica de otro modo pagadero a mí para los servicios de atención de la salud o los bienes se hagan directamente al hospital y mis médicos, para incluir cualquier hospital a base de radiólogos, patólogo, anestesiólogo, y los médicos de urgencias. Entiendo que soy financieramente responsable ante el hospital o mis médicos para cargos no cubiertos o pagados en virtud de la presente autorización.
9. **VALORES PERSONALES:** El hospital dispone de una caja fuerte para la custodia de dinero u objetos de valor. Entiendo que el hospital no asume ninguna responsabilidad por la pérdida, el daño o la eliminación de mi propiedad personal o dinero, incluyendo joyas, ropa, dientes postizos, lentes, lentes de contacto, audífonos, prótesis, o cualquier otro artículo a menos que ese dinero o bienes se deposita con el hospital. Asumo toda la responsabilidad por el dinero o los bienes retenidos en mi poder / habitación o traído a mí mientras yo soy un paciente en el hospital. \_\_\_\_\_ (iniciales)

**Inmunidad Gubernamental Aviso:** La atención médica y otros cuidados de salud en el St. Vincent Hospital General podrán ser prestados por personas que se consideran empleados públicos por la Ley de inmunidad gubernamental de Colorado. La Ley de Inmunidad Gubernamental de Colorado, el artículo 10 del Título 24 de los Estatutos Revisados de Colorado, limita la cantidad de daños y perjuicios exigibles de los empleados públicos y entidades, requiere una notificación formal de una demanda, y pone un límite de tiempo de 180 días en el período para la presentación un anuncio de este tipo de reclamación..

VIVOS / PODER LEGAL:	SI NO	COPIA DE MEDICARE derechos otorgados:	SI NO
HOSPITAL TIENE UNA COPIA?	SI NO	DAN INSTRUCCIONES ANTICIPADAS:	SI NO
DERECHOS / RESPONSABILIDADES paciente dado:	SI NO	OTORGA DERECHOS DE PRIVACIDAD:	SI NO

**RECONOZCO QUE HE LEIDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO SU CONTENIDO Y HE RECIBIDO UNA COPIA. I RECONOCE QUE SOY PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE O DE OTRA MANERA, PARA FIRMAR ESTE ACUERDO, ACEPTA Y ACEPTA SUS TÉRMINOS.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN / MOTIVO POR EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA