

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label



ACUERDO GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

General Agreement and Consent
to Medical Care



IDN1510617

Bienvenido al RUSH University Medical Center/Rush Oak Park Hospital ("RUSH"). Como profesionales de la atención de la salud académica multidisciplinaria, le damos las gracias por darnos la oportunidad de servirle. Antes de iniciar con su atención médica, lea cuidadosamente las partes A, B y C de este acuerdo general para la atención médica ("Acuerdo"). Una vez que usted acepte los términos de este acuerdo y que firme la página 4 de este formulario, autoriza a RUSH para brindarle atención médica, para compartir su información sobre la salud según sea necesario y para recibir el pago por los servicios prestados. Visite RUSH.edu en línea para obtener más información sobre RUSH.

A. Confirmaciones de lectura y consentimiento para la atención médica

1. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para tener el diagnóstico general, recibir la atención médica y el tratamiento (incluyendo anestesia), tal y como lo recomiende el (los) médico(s) de RUSH y otros proveedores de atención médica. Comprendo que no se me han dado garantías sobre el resultado de mi examen o tratamiento. Si estoy embarazada, comprendo que los términos de este acuerdo se aplican a mí recién nacido para su diagnóstico, atención médica y tratamiento.
2. Comprendo que el (los) proveedor(es) de atención médica involucrados en mi diagnóstico, atención médica y tratamiento incluyen, entre otros, médicos de tratamiento y consulta, médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, especialistas médicos, radiólogos, cualquier proveedor de atención médica afín contratado por estos médicos, y otros *profesionales médicos independientes que **no son empleados o agentes de RUSH** pero que tienen permitido utilizar las instalaciones hospitalarias de RUSH para la atención y el tratamiento de sus pacientes. (Ver 3* abajo).
3. *Servicios de médicos independientes: Algunos proveedores médicos del personal de este hospital no son empleados o agentes de RUSH, sino que son proveedores independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de utilizar las instalaciones de RUSH para la atención y tratamiento de sus pacientes. Estos incluyen, entre otros, a médicos, radiólogos, anestesiólogos, patólogos, cirujanos, obstetras y otros especialistas. Mi decisión de buscar atención de médicos independientes en RUSH no se basa en ningún acuerdo, representación o publicidad en relación a que los médicos independientes que me atenderán son empleados o agentes de RUSH. Comprendo que los médicos independientes que proveerán dichos servicios profesionales lo harán para mi beneficio. Confirmando que no se me han dado garantías sobre el resultado del examen o tratamiento por parte de el/los médico(s) independiente(s) en RUSH.
4. Comprendo que debido a que RUSH tiene una misión académica de educar y entrenar a médicos residentes, "becarios" y enfermeras, ellos pueden estar involucrados en mi atención médica y tratamiento.
5. Comprendo que debido a que RUSH tiene una misión de investigación médica, mi(s) médico(s) o los investigadores de RUSH podrían contactarme para discutir oportunidades de investigación. Es mi elección participar o no. Comprendo que las oportunidades de investigación de RUSH incluyen, entre otras, el uso y facilitación de mi exceso de tejido o fluidos corporales destinados a la investigación educativa y científica, con o sin mi identificación personal según lo autorizado por la ley.
6. Comprendo que RUSH no controla o dirige la atención de un médico para con sus pacientes.
7. Comprendo que la atención de telesalud puede estar disponible si es apropiado para mi condición. Comprendo que la telesalud, que es la prestación remota de atención de la salud, puede incluir el uso de una conexión interactiva de audio y video, videoconferencias en vivo, dispositivos de comunicación móvil (como teléfonos inteligentes y tabletas),



ACUERDO GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

y el monitoreo remoto de pacientes. Comprendo que hay riesgos potenciales de seguridad y privacidad con esta tecnología, y pueden surgir inquietudes técnicas (p. ej., mala conexión) que pueden requerir consultas en persona al médico tratante o de consulta. Además, estoy de acuerdo en participar la atención de telesalud de forma voluntaria con el entendimiento de que hay ciertas limitaciones tecnológicas y riesgos potenciales como se me ha explicado. Comprendo que si tengo más preguntas sobre los beneficios y riesgos de la telesalud, puedo consultar a mi proveedor de atención de la salud en cualquier momento. Confirmando que no he recibido ninguna garantía o promesa sobre los beneficios que se obtendrán o las consecuencias de utilizar la atención por telesalud.

8. Comprendo que RUSH no es responsable de la pérdida, robo o destrucción de mi propiedad personal. Acepto asumir toda la responsabilidad de mi propiedad personal y por lo tanto exonero a RUSH de cualquier obligación por su pérdida, robo o destrucción.
9. Estoy de acuerdo en no tomar fotos, hacer grabaciones de audio ni video de mi atención, de otros pacientes, de médicos de RUSH, empleados, personal médico y estudiantes en cualquier instalación de RUSH sin la debida autorización.
10. Estoy de acuerdo en que mi información de contacto, incluyendo, pero sin limitarse a, números de teléfono, dirección y correo electrónico que le he proporcionado a RUSH, puede ser utilizada por RUSH o aquellos que actúen en su representación para comunicarse conmigo.

B. Aviso de prácticas de privacidad

Cada vez que visita un hospital o participa en la atención médica con un médico u otro proveedor(es) de atención médica, se hace un registro de su atención. Este registro normalmente contiene información relacionada con sus síntomas, diagnóstico, examen y resultados de pruebas, tratamiento actual y futuro, así como información relacionada con la facturación. El aviso de prácticas de privacidad está disponible para usted en el **Apéndice A** adjunto a este acuerdo general y consentimiento de atención médica; usted también puede revisar el aviso en línea en el sitio de internet de RUSH. Esto se aplica a todos los registros relacionados con su atención generados por RUSH, ya sea que hayan sido hechos o recibidos por nuestro personal o que hayan sido dados a otros fuera de nuestra organización con fines financieros. Si su médico personal no es un empleado de RUSH o no realiza servicios en representación de RUSH, entonces él o ella puede tener distintas políticas o avisos con respecto a la divulgación y uso por parte del médico de la información de salud creada en el consultorio o clínica del médico.

C. Confirmaciones sobre responsabilidad y autorizaciones financieras

1. Confirmando que soy financieramente responsable por el pago de mi atención médica, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier servicio recibido, suministros, atención de telesalud y el uso de instalaciones en RUSH. Comprendo que se me cobrará a la tarifa correspondiente para la ubicación donde reciba atención médica. Puedo decidir autorizar a RUSH para que le cobre a mi(s) seguro(s) y hacer que mi seguro médico le reembolse a RUSH por mi atención médica. Mantendré actualizada mi información del seguro de médico con RUSH para asegurar la facturación adecuada.
2. Comprendo que mi seguro médico podría no reembolsar a RUSH por toda mi atención médica recibida o podría solo reembolsar una parte de mi factura. Comprendo que mi seguro médico podría denegar el pago por lo que este haya determinado ser “experimental” o “no médicamente necesario”. Comprendo que incluso cuando RUSH apele la



ACUERDO GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

denegación de pago de mi seguro, no hay garantía de cobertura de pago del seguro. Comprendo que no existe ninguna garantía de cobertura de pago del seguro y acepto pagar cualquier gasto de atención médica que sea denegado por mi seguro.

3. Comprendo que si RUSH y mi(s) seguro(s) tienen un acuerdo sobre la tasa de pago de mi factura médica, no seré financieramente responsable de los cargos de facturación sobre esa tasa. Comprendo que de lo contrario soy responsable de todos los deducibles, copagos y coaseguros del seguro médico aplicables.
4. Si elijo que RUSH le cobre a mi(s) seguro(s) médico(s) el pago por mi atención médica, le cedo a RUSH mis derechos de recibir el pago por parte de mi(s) seguro(s) médico(s). Si mis beneficios se proporcionan a través de un plan ERISA, por la medio de la presente cedo, transfiero y declaro todos mis derechos, títulos e intereses como beneficiario del plan ERISA a RUSH para el pago de mi atención médica. Nombro a RUSH como mi representante autorizado para recibir información sobre la cobertura del plan y para apelar cualquier derecho al pago y opciones de atención médica. Estoy de acuerdo en ayudar y brindar información a RUSH para confirmar mi elegibilidad en relación a los beneficios de mi seguro. Si estoy cubierto por Medicare (la Ley de Seguridad Social, Título 18), por medio de la presente certifico que la información que brindé para asegurar el pago de dichos beneficios es correcta. Autorizo a RUSH a entregar a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios u operadores, cualquier información necesaria para todos los reclamos de Medicare. A pesar de que pudiese ceder mi derecho a RUSH para el pago por parte de mi(s) seguro(s), comprendo y acepto que RUSH todavía podría requerirme el pago directamente a mí.
5. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA: Puede que RUSH tenga que revelar su información médica (también conocida como información de salud protegida) a los médicos, enfermeras y otros profesionales sobre su tratamiento, a las compañías y planes de seguros sobre la obtención del pago por el tratamiento o lo exigido por la ley. Por favor, entienda que el firmar este formulario, usted está autorizando a RUSH a que revele información médica que incluye, por ejemplo, información relacionada con el sida/VIH, tratamientos por salud mental o adicción a drogas o alcohol. RUSH se esforzará por limitar la divulgación de la información de salud protegida al mínimo necesario para el logro de nuestro propósito.
6. Tal y con lo exige la Ley de Facturación Justa (Fair Billing Act), confirmo mi comprensión de lo siguiente:
 - a. Por varios servicios que se me brindaron en RUSH, puedo recibir facturas por separado;
 - b. Los médicos y proveedores de RUSH participan en redes y planes de seguros limitados; por lo tanto, sus servicios pueden no estar cubiertos por mi(s) seguro(s). Los “servicios fuera de la red”, o servicios prestados por proveedores no participantes en una red o plan de seguros, pueden tener un mayor impacto en mi responsabilidad financiera por el pago de esos servicios. Soy responsable de asegurarme de que RUSH sea un proveedor participante en mi red o plan de seguro; y
 - c. Cualquier pregunta que tenga con respecto a la cobertura de mi seguro médico o sobre los niveles de beneficios debe ser dirigida a mi(s) seguro(s) médico, mi empleador, o el certificado de cobertura de mi seguro. RUSH no puede garantizar que cualquier servicio prestado va a estar cubierto bajo mi plan de seguro médico.
7. Servicios de médicos independientes: Las facturas de RUSH pueden no incluir servicios de proveedores independientes y comprendo que se me pueden cobrar estos servicios por separado. Además, comprendo que estos proveedores independientes pueden ser proveedores no participantes de las mismas redes o planes de seguros que RUSH.
8. Comprendo que si tengo preguntas sobre mi capacidad para pagar la factura del hospital, puedo llamar al asesor financiero de RUSH al (312) 942-5967.



ACUERDO GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

9. Si no tengo seguro médico o tengo dificultades para pagar mi factura médica, comprendo que RUSH podría estar en capacidad de brindar opciones de asistencia financiera, incluyendo planes de pago sin intereses, atención con descuento o atención gratuita, si califico. Comprendo que un asesor financiero de RUSH me puede brindar más información sobre los programas de asistencia financiera de RUSH, los criterios de calificación y si mi(s) proveedor(es) de atención médica ofrece(n) o no asistencia financiera.

He leído, comprendo y acepto de forma voluntaria este acuerdo general y consentimiento de atención médica. Por la presente dejo constancia de que recibo el Aviso de Prácticas de Privacidad. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y no tengo más preguntas en este momento. Entiendo que puedo solicitar y recibir cualquier información adicional que pueda necesitar durante mi estadía en RUSH. Finalmente, en caso de que sea menor de edad (menor de 18 años) o incapacitado, mi representante legal está autorizado para aceptar este acuerdo general y consentimiento de atención médica y firmar en mi nombre:

Firma del paciente/Representante Legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Hora AM / PM

Si es aplicable:

Relación del representante legal con el paciente: _____

Witness / Testigo

Print Name / Nombre en letra de molde

Si se utilizaron los servicios de un intérprete certificado:

If a certified interpreter services used:

Nombre del intérprete certificado

Certified Interpreter's Name

de identificación

ID#