

PATIENT CONSENT AND ACKNOWLEDGMENT — SPANISH
CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Este es un documento estándar de Consentimiento y Reconocimiento del Paciente de Lifespan utilizado cuando se registran pacientes en cualquiera de los Hospitales Afiliados a Lifespan (Newport, Rhode Island y The Miriam), sus Clínicas o los centros de Práctica Clínica de Grupos Médicos (Lifespan Physician Group Practice sites) de Lifespan (“Centros de atención médica”).

CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES Y TRATAMIENTO - Comprendo que podría necesitar exámenes, procedimientos médicos y de diagnóstico, medicamentos y, en algunos casos, terapias adicionales, con relación al diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Comprendo asimismo que durante ese proceso de exámenes y diagnóstico se podrían tomar tejidos y fluidos biológicos tales como sangre u orina y que se podrían utilizar tales especímenes para fines de diagnóstico, educación, mejora de la calidad, científicos o para ciertas investigaciones. Comprendo que durante mi atención, podría ser examinado y tratado por médicos y otros miembros del personal como parte de su capacitación supervisada. Comprendo asimismo que se podrán tomar fotografías, videocintas, cintas de audio (casetes), imágenes digitales o de otro tipo para fines de identificación o para documentar mi condición o atención médica. Por este medio doy mi consentimiento para la realización de tales exámenes y procedimientos, según los consideren apropiado los médico clínicos que me atienden (el “Equipo de atención”).

Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a la eficacia de cualquiera de los procedimientos, tratamientos o exámenes. Comprendo que tengo el derecho de negar el consentimiento a cualquier procedimiento médico o quirúrgico. Comprendo asimismo que mi Equipo de atención me informará cuál es el procedimiento más razonable para mi condición médica y que se identificará y realizará dicho procedimiento teniendo en cuenta el beneficio que me proporcione como paciente. Comprendo que el Centro de atención médica tiene el derecho de negarse a realizar cualquier procedimiento si yo o mi(s) representante(s) no he/ha(n) dado claramente mi/su consentimiento informado. Estoy consciente de que si yo o mi(s) representante(s) designado(s) niego/niega(n) el consentimiento para un procedimiento recomendado, el tratamiento correspondiente podría resultar parcial o totalmente ineficaz.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD AL PROVEEDOR - Comprendo que los médicos que forman parte del personal de alguno de los Centros de atención médica podrían no ser empleados de ese Centro de atención médica de Lifespan específico. Por este medio autorizo el pago de mis beneficios de seguro médico directamente a la entidad de Lifespan aplicable y a cualquier médico afiliado de Lifespan que preste servicios durante esta hospitalización o visita. Comprendo que soy responsable del pago de los cargos no cubiertos por mi compañía aseguradora y comprendo que es mi responsabilidad cumplir con los requisitos contractuales de mi plan de salud. Comprendo que podré recibir facturas separadas de servicios que proveen atención de emergencia, interpretación de radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes y que los servicios de algunos médicos podrían ser facturados separados de los servicios del Consultorio de atención.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE - En la medida en que esté cubierto por Medicare, estoy de acuerdo con las condiciones de admisión para hospitalización descritas en este acuerdo. Certifico que toda la información que suministré con relación a mi solicitud bajo el Programa de Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) es correcta. Solicito que el pago de cualquier beneficio de Medicare autorizado, que sea hecho en mi nombre, sea hecho al hospital o a los médicos que el hospital haya empleado. Autorizo a cualquier persona o entidad que tenga información médica u otra información sobre mi persona a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar mi derecho a estos beneficios de Medicare o beneficios para servicios conexos.

RESPONSABILIDAD ECONÓMICA - Estoy de acuerdo en que, para que Lifespan pueda atender mi cuenta o cobrar cualquier cantidad que yo pueda adeudar, Lifespan podrá contactarme por teléfono llamando a mi número de teléfono relacionado con mi cuenta, incluyendo números de teléfonos inalámbricos, lo que podría resultar en cargos a mi cuenta. Los métodos de contacto pueden incluir usar mensajes de voz pre-grabados/artificiales y/o un servicio de marcación automática, según sea aplicable.

Autorizo al Consultorio de atención para que, en la medida de lo posible, aplique cualquier saldo positivo en mi cuenta al pago de cualquier saldo pendiente en mi cuenta a favor de un Centro de atención médica diferente antes de procesar cualquier reembolso a mi favor, en mi calidad de paciente.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS - Acepto recibir comunicaciones electrónicas de naturaleza administrativa de Lifespan. Los métodos de transmisión pueden incluir correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes telefónicos y otros medios electrónicos que pudieran estar disponibles. Los propósitos de estas comunicaciones pueden incluir, entre otros, concertación o recordatorio de citas, notificaciones relacionadas con el portal del paciente MyLifespan, inscripción en programas, encuestas, indagaciones generales o asuntos relacionados con facturas/pagos. Al aceptar recibir estas transmisiones, reconozco que no se puede garantizar la privacidad y

seguridad de las comunicaciones electrónicas y que las partes con las que he decidido compartir direcciones electrónicas o números de teléfono podrían tener conocimiento de dichas transmisiones y contar con los medios para acceder a información personal sobre mi salud usando la información provista a través de estas transmisiones.

RECONOCIMIENTO - Certifico que he leído todo lo anterior y se me ha explicado para que lo comprenda. Certifico que soy el paciente, el padre/la madre o el tutor del paciente o un representante del paciente debidamente autorizado para revisar lo anterior y aceptar sus términos y condiciones.

Si me estoy registrando para recibir, o si como resultado de mi atención, recibo tratamiento por abuso de drogas o alcohol (trastorno relacionado con abuso de sustancias) en uno de los siguientes programas: Caritas House (en el Bradley Hospital), Batterers Intervention program (programa de Intervención para Agresores), Eastman House o Pawtucket Addiction Counseling Services/Servicios de consejería sobre adicciones (en Gateway Healthcare) y/o Psych Adult Medicine Treatment Center (en Lifespan Physician Group Practice), también se me pide extender mi reconocimiento y dar mi consentimiento a las siguientes declaraciones:

CONSENTIMIENTO A UN PROGRAMA DE LIFESPAN (42 CFR PARTE 2) PARA DIVULGAR INFORMACIÓN ACERCA DE MI TRATAMIENTO POR DROGAS/ALCOHOL – Doy mi consentimiento para permitir que el programa de Lifespan divulgue todas mis reclamaciones y datos de utilización de servicios de salud relacionados con mi trastorno de uso de sustancias incluyendo, de forma no taxativa, mi historial, diagnóstico, medicamento, tratamiento y otra información identificadora similar, a mi registro LifeChart (mi registro de salud electrónico en Lifespan) y a los proveedores y profesionales involucrados en mi tratamiento que están autorizados a tener acceso a mis registro LifeChart, independientemente de si ejercen o no su profesión en una afiliada de Lifespan. Este consentimiento vencerá si y cuando Lifespan o su organización sucesora, y LifeChart o su sistema de registros médicos electrónicos sucesor, dejen de existir. Comprendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito notificando al programa o a los programas de Lifespan donde he recibido tratamiento por drogas o alcohol, en cualquier momento. Comprendo también, no obstante, que no puedo retirar mi consentimiento para divulgaciones que ya han sido hechas en base a mi consentimiento original.

Comprendo también mi derecho a solicitar una lista de entidades a las que mi(s) programa(s) de tratamiento de Lifespan ha(n) divulgado información sobre mi tratamiento por drogas o alcohol de acuerdo con este consentimiento. Comprendo que solo tengo derecho a esta lista de entidades a las que se le han hecho divulgaciones en los dos años anteriores a mi solicitud.

Al firmar al pie este formulario de consentimiento, reconozco que comprendo este formulario de consentimiento y que significa que la información sobre mi tratamiento que está protegida bajo las regulaciones de confidencialidad federales en 42 CFR Parte 2 puede ser divulgada a mi registro LifeChart y que a la misma pueden tener acceso los proveedores y profesionales involucrados en mi tratamiento.

Si me estoy registrando como paciente hospitalizado o si como resultado de mi atención estoy siendo hospitalizado en una de las siguientes instituciones: Newport Hospital, Rhode Island Hospital o The Miriam Hospital, se me pide también que extienda mi reconocimiento y consentimiento a las siguientes declaraciones:

DERECHO A DIRECTRICES ANTICIPADAS - Se me ha dado información escrita sobre mi derecho de tomar decisiones médicas y tener un documento de directivas anticipadas (en forma de un Testamento Vital o un Poder duradero para tomar decisiones sobre atención médica). Comprendo que es mi responsabilidad proveer a mi Equipo de atención una copia de mis directivas anticipadas y que no hacerlo podría significar que mis proveedores de servicios desconozcan mis deseos al respecto. Comprendo que mis directivas anticipadas serán manejadas con la sensibilidad y confiabilidad adecuadas y que se me proveerá atención médica de la misma calidad independientemente de que tenga o no un documento de directivas anticipadas.

OBJETOS PERSONALES - Comprendo que Lifespan no puede hacerse responsable de mis objetos personales. He dejado mis objetos de valor en casa o asumo el riesgo de pérdida si los traigo conmigo al hospital / afiliado de Lifespan.

DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS PERSONALES - Comprendo que está prohibido para los pacientes y/o visitantes el uso de dispositivos electrónicos personales para tomar y/o transmitir fotografías, videograbaciones o grabaciones de voz de pacientes, miembros del equipo de atención médica o empleados del hospital.

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN SOBRE EL USO DE CÁMARAS DE SEGURIDAD - Comprendo que en ciertas áreas públicas del hospital, incluyendo algunas áreas para pacientes, están instaladas cámaras de seguridad.

Esta copia impresa (en papel) es únicamente para su información; el documento original electrónico firmado se incorpora a su historial médico.