

ESTADO DE TEXAS
CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL

1. **Consentimiento general:** Doy mi consentimiento a _____ (el «Centro») que me proporciona los servicios y tratamientos médicos que mi médico u otro personal médico haya ordenado. Mi consentimiento incluye pruebas de diagnóstico (como laboratorios y rayos X), inyecciones, inmunizaciones, medicamentos y otros tratamientos médicos. Tengo el derecho de tomar decisiones sobre mi atención. Sé que tengo el derecho de hablar sobre el tratamiento y los procedimientos con el médico de manera previa. También tengo el derecho de dar mi consentimiento o rechazar cualquier tratamiento. Cuando proceda, doy mi consentimiento para que se proporcione atención mediante el uso de videoconferencia interactiva, lo que permitirá que un proveedor en un lugar a distancia me proporcione tratamiento y/o consulte y asesore a mi proveedor de atención médica local en la toma de decisiones sobre la atención que se me proporcione. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta. Nadie me ha garantizado resultados. La atención médica que reciba mientras esté en el Centro estará bajo la dirección de un proveedor independiente, que no es un empleado del Centro. El Centro no es responsable de la atención médica, el juicio médico ni el plan de atención que proporcionen aquellos que no sean empleados.
2. **COVID-19:** Reconozco que el coronavirus 2019 (COVID-19) es un nuevo virus que se propaga con facilidad entre las personas y que se ha propagado dentro de esta área y en todo el estado y en los estados cercanos. Todavía se está descubriendo mucho sobre este virus, pero los datos han demostrado que se propaga cuando alguien con el virus habla, tose o estornuda y que las gotas de la respiración que se liberan hacia el aire se inhalan o están en una superficie que tocó otra persona. Como tal, entiendo que puedo estar expuesto y adquirir esta enfermedad en cualquier lugar y que evitar la transmisión es extremadamente difícil de controlar a la perfección en cualquier ambiente. Sin embargo, entiendo que el Hospital ha implementado numerosas medidas de seguridad diseñadas para protegerme a mí y a los demás contra la exposición al virus y estoy de acuerdo en cumplir con todos estos requisitos del Hospital. Estoy de acuerdo en que he informado al personal del Hospital sobre cualquier posible síntoma de COVID-19 que yo o cualquier persona con la que viva haya experimentado de manera reciente o que esté experimentando en la actualidad, así como sobre cualquier otra persona que se crea que tiene el virus.
3. **Propiedad personal:** Entiendo que soy responsable de mi propiedad personal mientras esté en el Centro. El Centro no es responsable de mantener la seguridad de mi propiedad personal.
4. **Asistencia financiera:** Si no puedo pagar las facturas médicas del Centro, puedo ser elegible para recibir atención de caridad u otros ajustes. Se me ha ofrecido una copia impresa en lenguaje sencillo del resumen de la Política de Asistencia Financiera del Centro. La política completa y más información están disponibles en www.christushealth.org/charitycare.
5. **Divulgación de la información:** Permito que el Centro divulgue información médica con propósitos de pago y por otras razones permitidas por la ley. La ley permite la divulgación de mi información a otros proveedores para mi atención según lo escrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro. Estoy de acuerdo en que todos los expedientes sobre mi tratamiento son propiedad del Centro. Entiendo que los expedientes médicos y la información de facturación que cree o conserve el Centro están a disposición de los trabajadores del Centro, los voluntarios, los profesionales los médicos asociados y el personal médico. Estas personas pueden usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
6. **Beneficios de Medicare/Medicaid:** Si corresponde, certifico que la información que yo proporciono al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgar a la Administración de Seguridad Social o a sus intermediarios cualquier información necesaria para esta reclamación o reclamaciones relacionadas de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios de médicos al médico u organización que preste los servicios. Si tengo Medicare/Medicaid, mis obligaciones financieras pueden estar limitadas por la ley.
7. **Comunicación:** Autorizo al Centro (incluidos cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza, agente o contratista en nombre del Centro o del contratista) a que me contacten por teléfono a cualquier número que haya proporcionado al Centro en cualquier momento. El Centro también puede contactarme a cualquier número que pueda obtener de mi parte en el futuro, que incluye números de teléfono celular, lo que podría generar cargos para mí. El Centro puede usar mensajes de correo de voz pregrabados o artificiales y un dispositivo de marcación automática o sistemas de marcación telefónica automatizada. El Centro puede enviarme mensajes de correo de voz, mensajes de texto o correos electrónicos. Permito que el Centro me contacte al usar cualquier dirección de correo electrónico que le haya dado o cualquier dirección de correo electrónico que el Centro pueda obtener de mi parte en el futuro.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL



ESTADO DE TEXAS
CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL

8. **Pruebas posteriores a exposición accidental y reportes de estado:** Si un trabajador médico toca accidentalmente mi sangre u otros de mis fluidos corporales, la ley estatal permite que el Centro me haga pruebas de ciertas enfermedades; estas enfermedades incluyen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estas pruebas se realizan para proteger a los trabajadores médicos. No se me cobrará por dichas pruebas. Entiendo que se requiere al Centro por ley que reporte ciertas enfermedades infecciosas, como el VIH y la tuberculosis, al Departamento de Salud Estatal o a los Centros de Control de Enfermedades.
9. **Fotografía:** Doy mi consentimiento para que el Centro grabe en video, fotografíe, monitoree en video o haga otras grabaciones de mí o mis partes del cuerpo con propósitos de diagnóstico, tratamiento, investigación o seguridad del paciente. Estas grabaciones podrían usarse con propósitos de educación médica, mejora de la calidad, investigación u otras razones relacionadas con el tratamiento u operaciones. Si se usan las grabaciones o imágenes, mi identidad no se revelará. Hablaré con mi médico si no quiero que mis grabaciones se usen con estos propósitos.
10. **Ética:** El Centro es un ministerio de salud católico dedicado a ayudar a los enfermos y heridos en cumplimiento con las Directivas Éticas y Religiosas para Centros Médicos Católicos. El Centro no se puede usar para procedimientos que violen las directivas.
11. **Enseñanza y observación:** Entiendo que el Centro puede ser un centro de enseñanza. Doy mi consentimiento para permitir que los residentes médicos, estudiantes y becarios que tengan una afiliación formal con el Centro participen en mi atención según lo que supervisen los médicos tratantes y lo que permita la política del Centro. Los estudiantes, residentes y becarios de otros programas no afiliados así como los proveedores pueden observar mi atención de acuerdo con la política del Centro y según lo que apruebe mi médico tratante.
12. **Cesión de Beneficios:** En consideración de los servicios prestados y por prestar, cuya suficiencia se reconoce por este medio, cedo y transfiero irrevocablemente a CHRISTUS _____ (en adelante denominado como el "Hospital") todo derecho, título e interés en todas las reclamaciones o los beneficios pagaderos por servicios de hospital que se presten en el pasado o en el futuro, que se estipulen en todas y cada una de las pólizas de seguros, planes de beneficios para empleados y/o acciones de terceros contra cualquier otra persona o entidad (en adelante denominados como los "Beneficios") que mis dependientes o yo podamos tener el derecho de recuperar. Asimismo, por este medio cedo y transfiero irrevocablemente al Hospital todo derecho, título e interés en todas y cada una de las causas de acción contra todas las compañías de seguros, planes de beneficios para empleados, compañías de responsabilidad civil, administradores de terceros, responsables de daños y perjuicios y/o todas las demás personas o entidades responsables del pago (en adelante denominados como las "Partes responsables") de los beneficios y por este medio designo al Hospital como mi abogado, con poder de sustitución, para demandar u obtener de otro modo el pago de los beneficios de las Partes responsables. Esta cesión y transferencia irrevocables serán con el propósito de otorgar irrevocablemente al Hospital un derecho independiente de recuperación de los beneficios contra cualquier Parte Responsable, a su juicio, pero no se interpretará como una obligación del Hospital de ejercer dicho derecho de recuperación. Por este medio instruyo y autorizo irrevocablemente a todas las Partes Responsables a pagar directamente al Hospital todos los Beneficios y las cantidades que se adeuden por los servicios que preste el Hospital sin necesidad de una solicitud o autorización adicional por escrito de mi parte. Asimismo, autorizo e instruyo irrevocablemente a que las Partes Responsables proporcionen copias de las pólizas de seguro, planes de beneficios para empleados o cualquier otro documento que solicite el Hospital sin ninguna solicitud o autorización adicional por escrito de mi parte. Entiendo que en caso de que al Hospital no se le pague en su totalidad mediante el saldo de mis pólizas de seguro, esta cesión no me libera de mi obligación y responsabilidad ante el Hospital del pago de los servicios y artículos que me proporcione el Hospital. Estoy de acuerdo en pagar al Hospital todos los gastos en los que yo incurra, o como alternativa, todos los cargos en exceso de las sumas efectivamente pagadas por mis pólizas de seguro. Tenemos el derecho de aplicar los fondos disponibles de cualquiera o todas sus cuentas con nosotros y nuestras filiales que de otro modo serían pagaderos a usted para cualquier deuda previa existente o futura que nos deba. Cuando compensamos una deuda que usted nos debe, reducimos los fondos de su(s) cuenta(s) por la cantidad de la deuda. No se nos requiere darle ningún aviso previo para ejercer nuestro derecho de compensación. El efecto y las consecuencias de esta cesión irrevocable y las responsabilidades financieras se me han explicado por completo a mi entender, y he firmado este documento libremente y sin alicientes.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL



ESTADO DE TEXAS
CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL

- 13. Divulgación de la facturación del saldo:** Los servicios profesionales que prestan los profesionales médicos independientes no son parte de la factura del hospital. Estos servicios se facturarán al paciente por separado. Por favor, entienda que a los médicos u otros profesionales médicos se les puede llamar para proporcionarle atención o servicios a usted o en su nombre, pero es posible que a usted no le vean ni examinen todos los médicos o profesionales médicos que participen en su atención; por ejemplo, es posible que a usted no le vean médicos que proporcionan radiología, patología e interpretación de electrocardiograma. En muchos casos, habrá un cargo por separado para los servicios profesionales que los médicos le presten a usted o en su nombre, y usted recibirá una factura por estos servicios profesionales que es independiente de la factura de los servicios del hospital. Estos profesionales médicos independientes pueden no participar en su plan médico y usted puede ser responsable del pago de todos o parte de los honorarios por los servicios que presten estos médicos que hayan proporcionado servicios fuera de la red, además de las cantidades aplicables adeudadas por copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos. Le instamos a contactar a su plan médico para determinar si los profesionales médicos independientes participan en su plan médico. Con el fin de obtener la información más precisa y actualizada sobre los profesionales médicos independientes dentro y fuera de la red, por favor llame al número de servicio al cliente de su plan médico o visite su sitio web. Su plan médico es la principal fuente de información sobre su red de proveedores y beneficios. Con el fin de ayudarlo a determinar si los profesionales médicos independientes que prestan servicios en este centro son parte de su plan médico, este centro médico le ha proporcionado una lista completa de los nombres y la información de contacto de cada persona o grupo.
- 14. Derechos del paciente e instrucciones anticipadas:** El Centro me proporcionó una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente cuando llegué al hospital. También entiendo que puedo solicitar una copia adicional en cualquier momento. Los Derechos y Responsabilidades del Paciente incluyen información sobre las instrucciones anticipadas, mi derecho de rechazar tratamiento médico y mi derecho de tener visitantes o de nombrar a alguien que pueda ejercer los derechos de visita del paciente en mi nombre, si yo no puedo. Si le doy una instrucción anticipada al Centro, mis cuidadores la seguirán en la medida en que lo permita la ley. También tengo el derecho de consentir una orden de no reanimación, puedo cambiar de opinión sobre las órdenes de no reanimación en cualquier momento. Tengo el derecho de saber si mi médico hace cambios en las órdenes sobre reanimación.
_____(Iniciales) He rechazado una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, y entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento.
- 15. Aviso de Prácticas de Privacidad:** He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro en esta consulta o en una anterior. El Centro me dará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en que solicite una.
_____(Iniciales) Acuso de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de CHRISTUS
- 16. Directorio del Centro:** A menos que yo me oponga, el Centro incluirá mi nombre, ubicación en el centro (número de habitación) y condición general en el Directorio del Centro. La información del Directorio está disponible para las personas que llaman o los visitantes que preguntan sobre los pacientes por su nombre. La información del Directorio y la afiliación religiosa (si se proporciona al Centro) están disponibles para los miembros del clero aunque no pregunten sobre los pacientes por su nombre. Si me opongo, se me excluirá del Directorio del Centro. (Si usted se opone, escriba sus iniciales a continuación).

NO quiero que ninguna información sobre mí se incluya en el Directorio del Centro. Entiendo que el correo, las flores, las llamadas telefónicas y las visitas se rechazarán en mi nombre porque el personal del hospital no puede reconocer mi presencia en el hospital. Si hago llamadas desde el hospital, el identificador de llamadas puede mostrar a los receptores que estoy llamando desde el hospital.

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL



ESTADO DE TEXAS
CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL

17. Información del seguro:

Seguro primario:

Seguro secundario:

Seguro terciario:

_____ (Iniciales) Reconozco que he proporcionado al Centro la información completa y correcta sobre el seguro en el orden de llenado apropiado que se indica antes.

RECONOCIMIENTO: Al firmar a continuación, certifico que he leído este documento, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo con los términos. Reconozco que soy el paciente o que soy el representante legalmente autorizado y/o el garante del paciente. Una fotocopia o una copia enviada por fax de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Firma del paciente/representante legalmente autorizado

Fecha:

Nombre del paciente

Nombre del representante legalmente autorizado (si no es el paciente)

Relación con el paciente

Representante del Centro

Fecha:

PARTE PERMANENTE DEL EXPEDIENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE HOSPITAL



Carta de explicación

Clínicas con base de proveedores de Ortho HOPD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Garante, si no es el paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Gracias por elegir a su médico y a CHRISTUS Santa Rosa Hospital - Medical Center para ayudarle con sus necesidades de atención médica.

Compartimos esta nota para informarle que a usted se le está tratando en una clínica con base de proveedores, que es un departamento de CHRISTUS Santa Rosa Hospital - Medical Center. Los pacientes que tengan consulta en una clínica con base de proveedores **recibirán una factura de su médico** por cualquier servicio profesional (servicios médicos) que se proporcione y **una factura por separado de CHRISTUS Santa Rosa Hospital - Medical Center** por los honorarios relacionados con el Centro. El modelo con base de proveedores requiere que estos se dividan y se facturen por separado. Esto es similar a la manera en que CHRISTUS factura otros servicios con base de hospital como la Sala de Emergencias, Servicios de Terapia, Servicios de Laboratorio y procedimientos quirúrgicos donde los médicos facturan individualmente por sus servicios. Es por esto que los pacientes recibirán una factura del hospital y del médico.

La cantidad específica de la que usted será responsable, si la hubiere, se basará en su plan de seguro individual y tendrá en cuenta las tarifas contratadas de su plan para los servicios prestados y luego aplicará cualquier deducible, copago o coaseguro. El seguro secundario, si corresponde, también podría afectar a la cantidad que usted deba.

Por ejemplo:

Consultas en el consultorio Su médico factura el componente médico de la consulta (\$50-\$100*); CHRISTUS Santa Rosa factura el componente del centro de la consulta (\$115-\$ 155*).

Rayos X Su médico factura por la lectura de los rayos X (\$7-\$15*); CHRISTUS Santa Rosa factura por los rayos X en sí (la mayoría entre \$80 y \$250 cada uno*).

Inyecciones Su médico puede recomendar la aplicación de una o más inyecciones como parte de su plan de tratamiento.

Cuando reciba una factura de CHRISTUS por la(s) inyección(es), aparecerá como **361 OR SVC MINOR SURGER**. El organismo gubernamental que regula los códigos que CHRISTUS Health y todas las demás instituciones de atención médica usan para facturar a los pacientes determinó esta definición. La cantidad estándar para la administración del medicamento es de \$236*. Esto es independiente de los honorarios profesionales del médico por la inyección del medicamento.

*Las cantidades que se mencionan antes reflejan los cargos totales, no necesariamente los gastos de bolsillo del paciente.

El costo del medicamento se enumerará por separado al usar el código **636 Drug SPEC ID DETAIL**. La cantidad del cargo por los medicamentos variará dependiendo de lo que el médico ordene. Algunos de estos medicamentos pueden ser más económicos para usted si los compra en su farmacia y los lleva a su cita para su inyección. Su médico y CHRISTUS Santa Rosa Hospital Medical Center pueden ayudarle con este proceso.

*Las cantidades que se mencionan antes reflejan los cargos totales, no necesariamente los gastos de bolsillo del paciente.

Como sus proveedores de atención médica, su médico y CHRISTUS Santa Rosa tienen el compromiso de ofrecerle la mejor atención posible.

Firma: _____ Fecha: _____