

CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre: _____

Núm. Registro Médico: _____

Fecha nacim. _____

Fecha servicio: _____

EL/LA PACIENTE Y/O SU TUTOR LEGAL DEBEN REVISAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE

I. Consentimiento para atención y tratamiento

Otorgo mi consentimiento de manera voluntaria para que, en mi persona, se lleven a cabo servicios hospitalarios (como tratamiento, inyecciones, medicamentos) y para el uso de todos los medios de diagnóstico y trabajo de laboratorio de todo tipo, por ejemplo: muestras de sangre, tejidos, fluidos y otras muestras corporales como punción lumbar, drenajes de vejiga, fotografías y grabaciones de video, radiografías u otros procedimientos radiográficos, entre otros procedimientos que considere necesario mi médico tratante, su asistente o designado u otros miembros del personal profesional (en adelante, los "profesionales") del Centro Médico Children's Medical Center of Dayton (Dayton Children's). Si decido interrumpir el tratamiento médico para mi mismo(a), mi hijo(a) o mi tutelado(a) en contra de la recomendación de los profesionales, comprendo que ni Dayton Children's ni los profesionales serán responsables de las consecuencias adversas que pudiera padecer mi hijo(a), mi tutelad(o) o yo mismo(a). Comprendo que Dayton Children's funciona en parte como una institución de enseñanza, y que algunas etapas de la atención médica brindada podrían ser fotografiadas o videograbadas para utilizarlas con fines de educación y/o de mejora de procedimientos. Reconozco que mi hijo(a), mi tutelado(a) o yo mismo(a) podríamos estar incluidos en el directorio de pacientes de Dayton Children's y en programas de enseñanza o educación. Autorizo a Dayton Children's que mantenga, conserve, use o disponga de la mejor manera de cualquier tejido, fluido u otras muestras corporales que se extraigan durante el tratamiento.

Si soy un paciente ambulatorio (clínicas, laboratorios, radiología, otras áreas de diagnóstico, etc.), acepto que este consentimiento sea válido hasta el momento en que informe por escrito a Dayton Children's que deseo modificarlo o revocarlo. Si hubiera algún cambio en la custodia de mi hijo(a), informaré a Dayton Children's durante nuestra siguiente visita.

II. Divulgación de información

Comprendo que la información contenida en el expediente de mi hijo(a), mi tutelado(a) o mío, la cual incluye resultados de los análisis de laboratorio y diagnóstico, será utilizada con propósitos de atención médica, administrativa, pedagógica y de investigación. Dayton Children's hará cualquier intento razonable para garantizar la confidencialidad de dicha información siempre que se utilicen los registros.

Autorizo la divulgación de información sobre mi hijo(a), mi tutelado(a) o mi mismo(a) por parte del personal de Dayton Children's siempre que sea necesario para procesar reclamos de cobertura financiera y/o reembolsos por concepto de los servicios prestados en Dayton Children's. En la medida en que sea necesario para garantizar un pago, autorizo la divulgación de esta información a terceros pagadores, incluidas compañías de seguros y dependencias gubernamentales, sus representantes, mi empleador o representantes de Dayton Children's, a fin de ayudar a determinar los requisitos de elegibilidad.

Comprendo que la divulgación de información podría incluir detalles del diagnóstico y tratamiento de mi hijo(a), mi tutelado(a) o mi mismo(a), lo cual incluye, entre otros, consumo de drogas y/o abuso de alcohol, infección por VIH, diagnóstico de SIDA o padecimientos relacionados y enfermedades / trastornos mentales.

He recibido información y se me ofreció una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Dayton Children's, en el cual se describe la manera en que Dayton Children's podría usar y divulgar la información médica personal de mi hijo(a), mi tutelado(a) o mi persona.

III. Responsabilidades y derechos del paciente

Tengo derecho a participar en la toma de decisiones sobre la atención médica y el plan de tratamiento de mi hijo(a), mi tutelado(a) o mi mismo(a). Se me ha informado y entregado una copia del folleto de "Derechos y Responsabilidades del Paciente". Si aplica, mi hijo(a), mi tutelado(o) o yo mismo(a) tendremos la responsabilidad de portar una identificación de paciente en todo momento dentro de Dayton Children's. Comprendo que soy enteramente responsable de los objetos personales (dinero, joyas, ropa, etc.) que queden a mi disposición, la de mi hijo(a) o la de mi tutelado(a) y/o que alguno de nosotros traigamos a Dayton Children's.

IV. Información sobre precios

De conformidad con la Sección 3727.42 del Código Revisado de Ohio, Dayton Children's ha cumplido y puesto a disposición del público una lista de los cargos habituales y ordinarios para las habitaciones y los alimentos, así como los cargos habituales y ordinarios para una serie de servicios de radiografías, laboratorios, sala de emergencias, quirófano (sala de operación), fisioterapia, terapia ocupacional y servicios respiratorios.

V. Profesionales independientes

Comprendo que algunos profesionales que prestan servicios en Dayton Children's son profesionistas independientes y no son empleados ni representantes de Dayton Children's. Comprendo que Dayton Children's no será responsable de los actos u omisiones de estos profesionales. En el sitio www.childrensdayton.org, o si usted la solicita, tendrá a su disposición una lista de profesionales empleados de Dayton Children's.

VI. Cesión de beneficios, autorización de Medicare y Contrato de pago

Cesión de beneficios: Como contraprestación por los servicios brindados, en este acto cedo y transfiero a favor de Dayton Children's cualquiera de los siguientes a los que yo tendría derecho conforme a la ley o al sistema de derecho consuetudinario: beneficios, dinero, montos u otros créditos pagaderos a mi favor o a favor de mi hijo(a) / tutelado(a) por concepto de hospitalización, enfermedad o conforme a una póliza de seguro por hospitalización, enfermedad, accidente u otro seguro, o conforme a cualquier otra póliza de seguro estatal, federal o privada, que pudiera aplicar sobre el pago o reembolso de cualquiera de los servicios prestados o bienes suministrados como resultado de una hospitalización y/o del tratamiento contemplado en este contrato. Si por alguna razón me encuentro incapacitado para ceder o transferir dichos derechos, autorizo y nombro a Dayton Children's como mi representante para la obtención, recepción y aplicación de dichos fondos según considere conveniente.

Autorización de Medicare: Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mi persona, a divulgar a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de Atención Médica, sus intermediarios o aseguradoras, cualquier información necesaria para este reclamo o para un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a favor de Dayton Children's o de cualquier médico que me preste servicios durante mi tratamiento o tratamientos.

Pago para Atención hospitalaria: Mi representante designado o el de mi hijo/a / mi tutelado/a será responsable y asumirá la obligación de pagar a Dayton Children's todos los costos durante la atención como paciente interno o ambulatorio. Mi representante designado o yo mismo/a también aceptamos pagar los deducibles del seguro y/o los montos estimados de los copagos en el momento de la admisión o bien, planear un plan de pagos mensuales satisfactorio. En todo momento, mi representante designado o yo mismo(a) seremos los responsables principales del pago de los costos por concepto de la atención médica y tratamiento hospitalario, así como de obtener cualquier autorización necesaria para recibirlos.

Comprendo que los beneficios de seguro por concepto de servicios profesionales prestados por profesionales independientes son cedidos y pueden incluir a organizaciones que proporcionan servicios de facturación en representación o en conjunto con los médicos, para obtener el pago por los servicios prestados.

FIRMAS

Al firmar este documento, declaro que he leído y comprendo la información de este Consentimiento General, que he proporcionado información verdadera acerca de mi identidad y/o la de identidad de mi hijo(a) / tutelado(a). También afirmo que toda la información demográfica, económica y de seguro que he proporcionado es verdadera y que yo soy el/la paciente o el representante autorizado legal del/de la paciente. El/La paciente y el/la garante arriba mencionados no cuentan con otro seguro médico o cobertura médica distinta a la que he revelado. Confirmando que todas mis preguntas (si las tuviera) fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Firmado _____ Nombre _____
Paciente o Tutor legal FECHA HORA (nombre en letra de molde)
(si el/la paciente es menor de 18 años)

Firmado _____
Testigo FECHA HORA

HOSPITAL USE ONLY / SÓLO PARA USO DEL HOSPITAL

MARCAR UNA: SE OBTUVO CONSENTIMIENTO VERBAL / TELEFÓNICO DEL TUTOR LEGAL
 IMPOSIBLE LOCALIZAR AL TUTOR LEGAL, SE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO POR PARTE DEL ADMINISTRADOR EN TURNO

SE OBTUVO CONSENTIMIENTO POR PARTE DE _____ EN _____
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O ADMINISTRADOR EN TURNO FECHA Y HORA

Firmado _____ Firmado _____
PERSONA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO FECHA TESTIGO FECHA Y HORA

COMENTARIOS _____

**ALTERATIONS TO THIS DOCUMENT ARE PROHIBITED
SE PROHÍBE ALTERAR ESTE DOCUMENTO DE CUALQUIER FORMA**